



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

***FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS  
EN LAS ASISTENTES A LA CLÍNICA DE HIGIENE SOCIAL,  
REGIÓN METROPOLITANA, AÑO 2018***

TANIA J. BLANCO L.

8-396-112

ASESORA: DRA. NADJA PORCELL IGLESIAS

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL  
GRADO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2019

SUSTENTACIÓN DE TRABAJO DE GRADUACIÓN SOMETIDO PARA OPTAR  
POR EL TÍTULO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EN LAS  
ASISTENTES A LA CLÍNICA DE HIGIENE SOCIAL, REGIÓN METROPOLITANA,  
AÑO 2018

FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

Estudiante:

Tania Jesenia Blanco López  
8-396-112

Profesores Jurados:

---

Doctor Carlos Brandariz

---

Doctora Jessica Candanedo

---

Doctor Rubén López

REPRESENTANTE DE LA VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y  
POSTGRADO PARA LA SUSTENTACIÓN

---

Panamá, 2019.

## DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Aarón Isaac, a Fernando y a mi madre Gloriela, por ser los pilares fundamentales en mi vida.

Sin su amor, paciencia y apoyo, no habría sido posible culminar esta aventura. Son el viento entre mis alas.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero iniciar agradeciendo a Dios por iluminarme, guiarme y nunca abandonarme a lo largo de esta senda, que en distintas ocasiones se volvió tortuosa.

A mi hijo Aarón Isaac mi fuente de inspiración y el motor que mueve los engranajes de mi vida; por las largas horas que sacrifiqué y no pude estar con él . Ojalá este esfuerzo le sirva de ejemplo para siempre ir en busca del conocimiento y de la superación personal.

A Fernando, mi compañero de vida, mi polo a tierra. Por tanta paciencia, apoyo, por siempre creer en mi capacidad, por no dejarme decaer cuando pensé que mis fuerzas se agotaban. Gracias por tu amor incondicional. No me equivoqué al decidir caminar a tu lado.

A mi amada madre, Gloriela, mujer valiente y luchadora, cimiento invaluable en mi existir. Lo que soy hoy, es gracias a todo lo que hizo por sacarme adelante y todo el soporte en las distintas etapas de mi vida. Mil gracias mamita.

A mi amiga Carmen Pérez, la vida me concedió la gracia que recorriéramos juntas este camino y su amistad, cariño, comprensión, ayuda, fortaleza y aliento fueron claves para alcanzar esta meta.

A mi asesora, la doctora Nadja I. Porcell I. por sus consejos, por jamás ser egoísta con sus conocimientos, por animarme a seguir adelante con una investigación tan complicada y por convertirse en mi amiga. Es y será uno de mis modelos a seguir.

A mi “asesor adjunto”, el doctor Alfredo Moltó por estar siempre presto a ayudar, guiar y colaborar con el desarrollo de esta investigación.

## ÍNDICE GENERAL

Hoja de Aprobación.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Índice General.....	v
Índice de Tablas.....	viii
Índice de Gráficas.....	ix
Resumen.....	x
Summary.....	xi

## CONTENIDO

Introducción .....	12
CAPÍTULO I.....	13
MARCO CONCEPTUAL .....	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	16
1.3. PROPÓSITO.....	22
CAPÍTULO II.....	23
MARCO TEÓRICO .....	23
2.1. MARCO TEÓRICO .....	24
2.1.1. Prostitución .....	24
2.1.2. Consumo de Drogas. Problema en Salud Pública.....	29

2.1.3.- Consumo de Drogas en la Prostitución .....	37
2.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.....	38
2.2.1 Variable Dependiente.....	42
2.2.2. Variables Independientes.....	43
CAPÍTULO III .....	48
FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS .....	48
3.1 HIPÓTESIS.....	49
3.1.1. Hipótesis Nula: .....	49
3.1.2. Hipótesis Alterna .....	49
CAPÍTULO IV.....	50
OBJETIVOS.....	50
4.1. OBJETIVOS.....	51
4.1.1. OBJETIVO GENERAL .....	51
4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	51
CAPÍTULO V.....	53
MARCO METODOLÓGICO .....	53
5.1. MARCO METODOLÓGICO .....	54
5.1.1.- Área de Estudio .....	54
5.1.2.- Tipo de estudio: .....	55
5.1.3.- Universo .....	55
5.1.4.- Muestra.....	55
5.1.5.- Definición Operacional de las Variables .....	56
5.1.5.1. Variable Dependiente: .....	56
5.1.5.2. Variables Independientes .....	56

5.1.5.3 Casos.....	63
5.1.5.3.1 Criterios de inclusión de los casos .....	63
5.1.5.3.2 Criterios de exclusión de los casos .....	63
5.1.5.4 Controles .....	63
5.1.5.4.1 Criterios de inclusión de controles .....	64
5.1.5.4.2 Criterios de exclusión de los controles .....	64
5.1.5.5 Procedimiento y Método de Recolección.....	64
5.1.5.6 Autorización .....	65
5.1.5.7 Tiempo.....	65
5.1.5.8 Procedimientos para garantizar Aspectos Éticos.....	65
CAPÍTULO VI.....	66
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	66
6.1 Análisis de los Resultados .....	67
6.1.1. Métodos y Modelos de Análisis de los Datos.....	67
6.2 Caracterización de la Muestra.....	64
6.3 Análisis de Asociación .....	80
6.4 Discusión .....	86
CAPÍTULO VII.....	89
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	89
7.1 CONCLUSIONES .....	90
7.2 RECOMENDACIONES .....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS .....	100

## Índice de Tablas

Tabla 1. Escala para valorar el mecanismo de defensa de la negación .....	59
Tabla 2. Definición operacional de las variables .....	62
Tabla 3. Tabla tetracórica para análisis de resultados .....	68
Tabla 4. Casos y controles. Asociación de tiempo de trabajo (jornadas más largas) y el consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018 .....	80
Tabla 5. Casos y controles. Asociación entre mecanismo de defensa (ayudar a olvidar los problemas) y el consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018 .....	81
Tabla 6. Casos y controles. Asociación entre desarrollo del trabajo (facilita el trabajo) y el consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínicas de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018 .....	82
Tabla 7. Casos y controles. Asociación entre grupo de edad y el consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018 .....	82
Tabla 8. Casos y controles. Asociación entre nacionalidad y el consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018 .....	83
Tabla 9. Casos y controles. Asociación entre inicio del consumo de drogas y el consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de higiene social. Región Metropolitana de Salud, año 2018 .....	83
Tabla 10. Casos y controles. Asociación entre remuneración económica y el consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018 .....	84
Tabla 11. Resumen de variables y consumo de drogas ilícitas .....	85



## Índice de Gráficas

Gráfica 1. Porcentaje de asistentes a la Clínica de Higiene Social por instalación. Región Metropolitana de Salud, año 2018 .....	70
Gráfica 2. Porcentaje de asistentes a la Clínicas de Higiene Social por grupo de edad. Región Metropolitana de Salud, año 2018 .....	71
Gráfica 3. Porcentaje de participantes de acuerdo a su nacionalidad, en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018 .....	72
Gráfica 4. Porcentaje de asistentes a la Clínica de Higiene Social de acuerdo al país de Origen. Región Metropolitana de Salud, Año 2018 .....	73
Gráfica 5. Porcentaje de consumo de drogas de acuerdo a su legalidad en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018 .....	74
Gráfica 6. Porcentaje de consumo de acuerdo al tipo de droga reportada en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018 .....	75
Gráfica 7. Porcentaje de consumo de Drogas ilegales por tipo de droga.en las asistentes a las Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018 .....	76
Gráfica 8. . Porcentaje de asistentes a la Clínicasde Higiene Social que reportaron consumir más de una droga. Región Metropolitana de salud, año 2018 .....	77
Gráfica 9. Porcentaje de casos que reportaron consumir varios tipos de drogas. Región Metropolitana de Salud, año 2018 .....	78
Gráfica 10. . Porcentaje de reporte de droga de inicio en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018 .....	79

## Resumen

**Objetivos:** Establecer la asociación entre la edad, la procedencia, el inicio de consumo, el tiempo de trabajo, los mecanismos de defensa, la remuneración económica, el desarrollo del trabajo con el consumo de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud.

**Sujetos y Métodos:** La Clínica de Higiene Social es una clínica que funcionan para la atención de la población femenina que labora en los bares, cantinas, casas de ocasión y aquellas mujeres que se dedican de forma clandestina a la actividad del sexo.

Se realizó un estudio analítico de casos y controles, en el que se aplicó una encuesta a una muestra de 331 mujeres que asistieron a atenderse en la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2018.

**Resultados:** Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de trabajo (jornadas más largas) ( $p=0.000008$ ) (OR 2.8), mecanismo de defensa (olvidarse de los problemas) ( $p=0.000063$ ) (OR 4.09) y el desarrollo del trabajo (facilita la realización del trabajo) ( $p=0.0000065$ ) (OR=3.32) con el consumo de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud. Los otros factores estudiados mostraron  $p \geq 0.05$ .

**Conclusiones:** El consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud, está significativamente asociado a considerarlo útil para soportar jornadas de trabajo más largas, como ayuda para olvidar los problemas y facilitador para llevar a cabo el trabajo. No se asoció con la edad, el lugar de procedencia, el inicio de consumo y la remuneración económica.

## Summary

**Objectives:** To establish the association between the age, the origin, the beginning of consumption, the working time, the defense mechanisms, the economic remuneration, the development of the work with the consumption of illicit drugs in the women who attend the Hygiene Clinics Social of the Metropolitan Health Region.

**Subjects and Methods:** The Social Hygiene Clinic is a clinic that works for the attention of the female population that works in bars, canteens, second-hand homes and those women who are clandestinely engaged in sex activity

An analytical study of cases and controls was carried out, in which a survey was applied to a sample of 331 women who attended to attend the Social Hygiene Clinic of the Metropolitan Region of Health during the months of August, September and October 2018.

**Results:** A statistically significant association was found between work time (longer workdays) ( $p = 0.000008$ ) (OR 2.8), defense mechanism (forget about problems) ( $p = 0.000063$ ) (OR 4.09) and the development of work (facilitates the performance of the work) ( $p = 0.0000065$ ) (OR = 3.32) with the consumption of illicit drugs in the women who attend the Social Hygiene Clinic of the Metropolitan Health Region. The other factors studied showed  $p \Rightarrow 0.05$ .

**Conclusions:** The consumption of illicit drugs in the assistants to the Clinic of Social Hygiene of the Metropolitan Region of Health, is significantly associated to consider it useful to support longer working days, as help to forget the problems and facilitator to carry out the work . It was not associated with age, place of origin, start of consumption and economic remuneration.

## Introducción

El consumo de drogas frecuentemente es asociado con la prostitución, pero es muy poco lo que se conoce acerca de sus características, sus causas y efectos en la vida y salud de las trabajadoras del sexo.

El uso de drogas es un problema de una connotación no solo social, sino que tiene múltiples implicaciones psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas y otras más. Afecta mayoritariamente a colectivos vulnerables, como son las personas en situación de prostitución por la estigmatización y desigualdad a las que se ven sometidas.

El uso de sustancias psicoactivas ha estado presente en la actividad de la prostitución de formas distintas, dependiendo del tipo de drogas, las formas de consumo y las motivaciones asociadas (Meneses, 2005).

El sistema de salud ve a las trabajadoras del sexo igual que las ve el resto de la sociedad como personas al servicio del género dominante, los hombres y como meras transmisoras de enfermedades infectocontagiosas.

Todo indica que existen vínculos y conexiones entre la prostitución y el consumo de drogas legales o ilegales. La prostitución y el consumo de drogas acompañan zonas de penumbra en la sociedad, es decir, mundos en los que no se sabe con certeza lo que ocurre y que nos lleva a tratar de comprender esta problemática y así poder replantear la oferta de los servicios de salud con base en las necesidades y la situación a la que se enfrentan día a día, con una perspectiva de género y centrada en el aspecto humano.

CAPÍTULO I  
MARCO CONCEPTUAL

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La problemática que se vive hace años en América Latina, en la que percibimos a diario un estancamiento de la educación, falta de acceso de los ciudadanos a los servicios de salud, vivienda, constantes violaciones a los derechos humanos, trae como consecuencia que el entorno social se vaya convirtiendo en un ambiente con una falta de oportunidades que se va incrementando.

Múltiples factores como los sociales, políticos, culturales y económicos desmejoran la calidad de vida de los ciudadanos, sobre todo de grupos vulnerables, entre esos las mujeres.

La mujer se desenvuelve hoy en día en un mundo sin equidad de género, donde todavía existe una cultura patriarcal, en las que posiciones religiosas y morales se manifiestan en contra de que las mujeres sean dueñas de su propia sexualidad. El trabajo sexual de la mujer es parte del mercado de la oferta femenina, así como de la demanda masculina.

Las personas que se dedican al ejercicio de la prostitución, tienen un rasgo social común, son personas altamente estigmatizadas desde el punto de vista social. También hay que decir, que el estigma funciona de forma diferente si quien mira es una mujer o un hombre.

Cuando se encuentran en lugares públicos pueden recibir insultos y vejaciones que pueden llegar a dañar su autoestima y lo que piensan o creen de ellas mismas. La prostitución puede ser conceptualizada como un problema de salud pública porque quienes la ejercen son consideradas simplemente como portadoras y transmisoras de enfermedades.

El consumo de drogas frecuentemente es asociado con la prostitución, pero es muy poco lo que se conoce acerca de sus características, sus causas y efectos en la vida y salud de las trabajadoras del sexo. El problema de drogas en las mujeres ha sido poco valorado por lo que ha permanecido oculto por mucho tiempo.

Las trabajadoras del sexo son parte de un grupo social apartado y estigmatizado, por lo que vale la pena abordar y estudiar a quienes lo componen e intentar de alguna manera mejorar su calidad de vida.

Por esta preocupación se consideró necesario investigar:

**¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EN LAS ASISTENTES A LA CLÍNICA DE HIGIENE SOCIAL DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD DURANTE EL AÑO 2018?**

## 1.2. JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida y la salud son conceptos amplios que encierran una serie de aspectos importantes con respecto a la vida de cada individuo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS 1946, 1958) y calidad de vida como “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”(OMS; 1994).

La poca importancia que se le presta a las llamadas trabajadoras del sexo, a sus derechos, a sus condiciones de vida y en particular a su salud, reflejan el enfoque que impera en los discursos de corte moral, legal y médico.

Abordar el tema de la prostitución no es una materia sencilla, ya que es necesario sobrepasar una serie de obstáculos como son su carácter muchas veces ilegal y la forma casi oculta en que se practica.

Es un tema muy poco estudiado y al que no se le brinda la debida atención, ya que tiene que ver directamente con un sector de la sociedad completamente marginado y puesto en el abandono en lo que respecta a su atención como un ser integral.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1989), define la prostitución como “toda actividad en la que una persona intercambia servicios sexuales a cambio de dinero o cualquier otro bien”. Se puede considerar que este no es un fenómeno reciente, sino que se ha presentado a lo largo de la historia y que hoy se considera un problema psicosocial debido a las múltiples causas que pueden llevar a las mujeres a ejercer este oficio (Ceballos, Arévalo, Hernández, & Suárez, 2013).

“La prostitución se ha convertido, en el último tiempo, en un problema de índole social marcado por el llamado turismo del sexo, el cual afecta, sobre todo, a países en vía de desarrollo que aportan en un gran porcentaje la mano de obra para satisfacer las necesidades sexuales de los países del primer mundo. Las crecientes



desigualdades económicas que han impuesto la globalización y la consolidación del actual sistema económico suponen un adecuado nicho para que mujeres caigan en los tentáculos de la prostitución. Lo anterior ha supuesto que, no obstante las preocupaciones de higiene y salubridad pública, la prostitución ha sido analizada como un producto más del mercado, como un mal inevitable y tolerado”(Restrepo & José, 2017).

La escasez de oportunidades que impera en muchos de nuestros países sumado a la brecha de desigualdad social que separa cada vez más profundamente a sus habitantes, dan como consecuencia que se creen estrategias de subsistencia que se desarrollan al margen de la economía formal. Dentro de esta economía informal se encuentra la prostitución como uno de los fenómenos más importantes en cuanto a sus dimensiones y difusión y a la complejidad de sus implicaciones.

De una u otra forma, esta medida terminará por afectar la calidad humana, así como su estabilidad psíquica y emocional que a largo plazo se verá reflejada en la sociedad.

El uso de las drogas en la sociedad tampoco viene a ser algo nuevo, ya que el mismo se remite a los primeros estudios de la historia de la humanidad. “Distintas sociedades han conocido y usado para distintos fines, individuales o colectivos, diferentes productos químicos a fin de alterar sus estados de ánimo, estimularse, sedarse, modificar su percepción y diversos procesos cognitivos” (Davenport, Hines, 2003).

“Con el avance del conocimiento el abuso de sustancias y las adicciones comienzan, en la segunda mitad del siglo XX a considerarse, no tan solo como una cuestión estrictamente médica y/o farmacológica, sino también desde una dimensión sociológica, interpersonal y psicológica”(Gómez, 2007).

Para la Organización Mundial de la Salud, se entiende como droga psicoactiva, toda sustancia que al ser introducida en el organismo modifica alguna de las

funciones del sistema nervioso central. Es decir, una droga psicoactiva será aquella sustancia química capaz de producir efectos sobre la psique, con independencia de su clasificación sociológica.

“Los problemas de salud pública causados por el consumo de sustancias psicoactivas han alcanzado proporciones alarmantes y constituyen a escala mundial una carga sanitaria y social importante y en gran medida prevenible. La rápida globalización, las novedades tecnológicas y de comunicación, el aumento de la disponibilidad y la diversidad de compuestos sintéticos con propiedades psicoactivas y causantes de dependencia exigen que se den respuestas normativas y programáticas adecuadas y proporcionadas al problema de la drogadicción”(OMS, 2016).

La OMS 2016, estimó que si no se da la prioridad adecuada a las medidas de salud pública y se adoptan medidas urgentes, la mortalidad, morbilidad y discapacidad relacionadas con las drogas y el impacto en el bienestar seguirán siendo un importante problema mundial de salud pública.

“La OMS estima que el consumo de drogas es responsable de alrededor de medio millón de muertes cada año. Pero esta cifra sólo representa una pequeña parte del daño causado por el problema mundial de las drogas" (EFE,2017).

“Si bien los trastornos relacionados al uso de drogas son más frecuentes en los países desarrollados de las Américas, la carga para la salud recae en forma desproporcionada en los países de ingresos bajos y medios, donde no existen o no son asequibles los programas de tratamiento y prevención” (OPS, 2009).

“Se calcula que unos 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población adulta mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015. Aún más inquietante es el hecho de que unos 29,5 millones de esos consumidores, es decir, el 0,6% de la población adulta mundial, padecen trastornos provocados por el uso de drogas. Eso significa que su adicción a las drogas es perjudicial hasta el

punto de que pueden sufrir drogodependencia y necesitar tratamiento”(UNODC, 2017).

“La magnitud del daño provocado por el consumo de drogas se hace patente en los 28 millones de años de vida “sana” (años de vida ajustados en función de la discapacidad) (AVAD) que, según las estimaciones, se perdieron en 2015 en todo el mundo como resultado de la muerte prematura y de la discapacidad causada por el uso de drogas. De esos años perdidos, 17 millones pudieron atribuirse únicamente a trastornos relacionados con el consumo de toda clase de drogas”(UNODC, 2017)

“En el decenio pasado las consecuencias sanitarias perjudiciales del consumo de drogas aumentaron más rápidamente en las mujeres que en los hombres. En 2015, el aumento del número de AVAD atribuidos a los trastornos ocasionados por el consumo de drogas, especialmente por el de opioides y cocaína, fue mayor en las mujeres (el 25% y el 40%, respectivamente) que en los hombres (el 17% y el 26%, respectivamente)”(UNODC, 2017).

“El consumo de sustancias aumenta los costos de atención a la salud debido a que aumenta el riesgo de muchas condiciones; lesiones relacionadas con la intoxicación (accidentes y violencia), enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C) y crónicas (cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras) así como del desarrollo de uso nocivo, abuso y dependencia” (Organización de los Estados Americanos, 2013).

“En los Estados Unidos, se estimó que el costo del uso de drogas ilegales en 2002 fue de US\$ 180,8 mil millones. La suma incluye costos de los recursos para abordar los problemas de delitos y de salud relacionados con el uso de drogas, así como la pérdida de productividad causada por las defunciones, las discapacidades y el abandono del trabajo. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe no se cuenta con cálculos de este tipo” (OPS, 2009).

Las mujeres en particular parecen enfrentar barreras para el tratamiento, mientras

que uno de cada tres consumidores de drogas en todo el mundo es una mujer, sólo uno de cada cinco consumidores de drogas en tratamiento es mujer.

La carga económica que representó para Chile el consumo de drogas ilícitas en el año 2006 alcanzó los 503 millones de dólares equivalentes al 0,45% del producto interno bruto (PIB) de 2006 y a un costo per cápita de 31 dólares. El 46% de este monto se atribuye a las reducciones de productividad ocasionadas por años de vida saludable perdidos (Fernández, 2012).

El uso de sustancias psicoactivas ha estado presente dentro del ejercicio de la prostitución de formas diversas. Es definitivo que algunos consumos de drogas repercuten de forma negativa en la vida y la salud de estas mujeres.

La prostitución ha sido calificada como una actividad que entraña una serie de riesgos para las personas que la ejercen que no siempre son producto de una decisión personal, sino que están mediatizados por diversos factores circunstanciales. La percepción del riesgo varía desde la perspectiva que se aborde y las personas que ejercen la prostitución establecen una jerarquía de riesgos en los que no siempre se encuentran en primera posición la salud.

El riesgo derivado del uso de drogas durante el ejercicio de la prostitución convierten a la mujer en un ser más vulnerable. Dificulta la manera de enfrentar problemas por ejemplo que los clientes exijan prácticas sexuales sin preservativo aumentando el riesgo de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

La Clínica de Higiene Social es una clínica que funciona para la atención de la población femenina que labora en los bares, cantinas, casas de ocasión y aquellas mujeres que se dedican de forma clandestina a la actividad del sexo.

En la Región Metropolitana de Salud de la República de Panamá se atiende en la Clínica de Higiene Social un promedio aproximado de 490 trabajadoras del sexo

semanalmente, número que varía dependiendo de la época del año en que nos encontremos. Las clínicas funcionan en diferentes centros de salud del MINSA a lo largo de la región. En el año 2017 se atendieron, como primera consulta, un total de 1661 mujeres.

Estas mujeres cumplen con los requisitos impuestos por la norma de atención en dichas clínicas lo que las faculta para trabajar. Son mujeres que presentan interés más bien en poder obtener su permiso semanal para trabajar sin prestarle atención a su bienestar integral.

El estudio que se propone consistirá en investigar en la Región Metropolitana de Salud cuáles son los factores que están asociados al consumo de drogas en esta población de riesgo.

Muchas veces el personal de salud también las discrimina y por el contrario lo que se debe hacer es tratar de comprender a estas mujeres y su situación, lo que permitirá tener una mirada sensible de lo que les sucede, a su vez facilitará replantear la oferta de los servicios de salud con base en las necesidades y la situación a la que se enfrentan día a día, con una perspectiva de género y centrada en el aspecto humano.

### 1.3. PROPÓSITO

Con este estudio se pretendió tener una idea más clara y despejar las sombras en que se encuentra el tema sobre el consumo de drogas durante el ejercicio de la prostitución.

Se pretendió encontrar los factores que se asocian al uso de drogas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social para de esta manera tener una idea clara de cómo se puede prevenir que estas mujeres que ejercen la prostitución caigan en las garras de las drogas.

Como este estudio se realizó en la jurisdicción de la Región Metropolitana de Salud, una vez presentado esperamos coadyuve a las autoridades sanitarias en la adecuación de las normas de atención a las trabajadoras del sexo como grupo vulnerable, al cual es menester ofrecer una alternativa sanitaria responsable en el marco del derecho a la salud, protegiendo a su vez a la comunidad de la Región Metropolitana de Salud (RMS)

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

## 2.1. MARCO TEÓRICO

### 2.1.1. Prostitución

La complejidad del fenómeno de la prostitución en Panamá, comienza con el hecho innegable de la insuficiente información fiable acerca de la misma, lo que hace que existan lagunas de conocimiento acerca del tema.

“Las investigaciones sobre el comercio sexual muestran que este no es un fenómeno homogéneo sino que se desarrolla de formas muy distintas y que en lugar de existir una clara división entre un trabajo libre y una explotación forzada, existe un continuum de variadas formas que oscilan entre una relativa libertad y una franca coerción”(Reyes, 2014).

Las personas que ejercen la prostitución constituyen un grupo heterogéneo con importantes diferencias en sus reacciones y en el ejercicio de esta profesión. Los principales actores sociales son tres: las personas que ejercen la prostitución (mayoritariamente mujeres), los clientes y los grupos de presión (mafias; redes y proxenetas). El estigma social se hace patente sobre todo en algunas de las modalidades de ejercicio, como es en el caso de la prostitución de calle y de algunos clubes (en los de menor categoría) en los que ejercen principalmente mujeres con mayor riesgo de exclusión social.

La prostitución es un fenómeno transnacional y globalizado, ya que no se puede considerar un local o nacional sino uno internacional, donde los actores implicados pertenecen a diferentes esferas, tanto la mujer trabajadora del sexo, como aquellos actores que tienen una relación directa e indirecta con la actividad y por lo último los gobiernos y organismos internacionales.

La prostitución es una forma de marginación cuyo estudio debe ser abordado más desde una perspectiva sociológica, que individual o psicológica.



“Las investigaciones y estudios sobre ello son de reciente emergencia en las teorías sociales, lo que responde principalmente al enfoque marxista que logró adoptarse como un abordaje teórico-metodológico útil para la aproximación de este fenómeno. Entre otras categorías analíticas propuestas por Marx, la de trabajo lo delimita como "un proceso entre la naturaleza y el hombre, proceso en que éste realiza, regula y controla mediante su propia acción, su intercambio de materias con la naturaleza... pone en acción las fuerzas naturales que forman su corporiedad, los brazos, las piernas, la cabeza y la mano, para de esa forma asimilarse, bajo una forma útil para su propia vida". Entonces el "oficio más antiguo del mundo" (como comunmente se le continúa denominando), desde este enfoque, se coloca como una relación económica”(Aguirre Pérez, 2014).

Uno de los aportes de la teoría de género desde un enfoque marxista, coloca a las mujeres como sujetos económicos, generadoras de fuerza de trabajo, riqueza y ahorro en los sistemas económicos nacionales e internacionales. “Los estudios e investigaciones sobre trabajo sexual cobran fuerza a partir del interés de cuantificar el aporte económico de las mujeres: desde trabajos femeninos no tradicionales y/o transgresores, que junto con los estudios de la economía informal, daban cuenta de la circulación de mercancías y recursos económicos que se generan en la invisibilidad e ilegalidad” (Aguirre Pérez, 2014).

“La conformación conceptual de "trabajo sexual" ha implicado la reelaboración de denominaciones que han transitado de prostitución, servicios sexuales a trabajo sexual, como categoría reivindicatoria y de reconocimiento de un trabajo, que por tanto merece ser dotado de derechos laborales”(Aguirre Pérez, 2014).

“En Noruega, una investigación de Cecilie Høigård y Liv Fintad concluye que son las mujeres de la clase obrera y el lumpen-proletariado quienes son reclutadas para ejercer la prostitución”(Restrepo & José, 2017).

Se debe tomar en cuenta que en la inmensa mayoría de las prostitutas se presentan dos componentes básicos y repetidos en casi todas las formas de marginación

grupal: la inadaptación social vinculada a un desajuste personal y la falta de participación en los bienes sociales más elementales.

En un estudio realizado en España por Garrido Guzmán, citado por (Restrepo & José, 2017) se encontraron las siguientes factores como causas de la prostitución, fijando los porcentajes correspondientes: a) problemas económicos (37.35%); b) problemas matrimoniales (15.17%); c) problemas familiares (10.89%); d) madre soltera (9.35%) e) drogodependencia (7.00%); f) inducción (5.06 %); g) coacción (5.06%) y h) otras causas (10.12%).

Al parecer la principal causa para la prostitución son las precarias condiciones de vida de una parte de la población. Entonces se podría decir que si se mejoran las condiciones de vida, los problemas económicos y si se resuelve el desempleo de la mujer, se estaría atacando un gran número de los factores que se asocian con la entrada de las mujeres en la prostitución.

El ejercer la prostitución lejos de ser un ejercicio deliberado o voluntario como lo definen algunos grupos de trabajadoras sexuales y feministas, es más bien una de las expresiones más brutales de la dominación masculina, como también una de las manifestaciones más extremas de las relaciones económicas y sociales. La mujer se ve sometida a una forma de violencia, por las condiciones económicas de pobreza y marginalidad social en que vive, que condiciona su decisión de prostituirse.

“Con resignación, estimada por las nuevas condiciones de vida, o por coacción, la mujer se mantiene en este negocio. La violencia no sólo puede ser económica, sino también física (con los proxenetas y redes internacionales de prostitución), ligada a la delincuencia. A lo anterior se une la frustración social, que condiciona el ingreso y mantenimiento de las mujeres en esta actividad, pues el ingreso que les reporta este trabajo supone quizá la única forma de elevar su nivel de vida.” (Restrepo & José, 2017).

Como decía Marx “La prostitución es una expresión particular de la prostitución

general del obrero”.

También se debe considerar que aún vivimos en una sociedad bajo un sistema patriarcal, donde la mujer está llamada a vivir siempre bajo el poder del hombre y siempre sometida a él. Esto las convence desde pequeñas que la mujer está llamada a jugar un rol en la sociedad donde son responsables por el bienestar de su familia y están dispuestas a todo por ello.

“El incremento de la industria del sexo obedece principalmente al proceso de globalización y al acrecentamiento de la desigualdad económica entre la población. La pobreza que supone el sistema económico neo- liberal, sobre todo en países del tercer mundo, hace que mujeres jóvenes menores no tengan otra alternativa para mejorar su nivel de vida” (Restrepo & José, 2017).

“La prostitución permite visibilizar sin matices este modelo patriarcal y capitalista. Los varones adquieren con dinero, es decir, compran, a las mujeres, o al menos una parte de su tiempo, durante el cual consideran que son de su propiedad y pueden hacer con ellas lo que quieran. Los varones demandan y consumen la prostitución, y las mujeres, mayoritariamente, son quienes la ejercen. Se trata de una relación que se establece con una base de desigualdad en la que el varón tiene el poder y el dinero”(Atenea, 2016).

Así como las mujeres entran a la prostitución casi obligadas por una serie de factores que las condicionan a recurrir a este ejercicio para poder subsistir, de esta misma manera el medio que las rodea favorece la utilización o consumo de drogas.

En un estudio realizado en Panamá (Carrington & Betts, 2000), donde se deseaba conocer los diferentes escenarios de riesgo de la trabajadoras del sexo, se caracterizó a las mujeres según el lugar donde laboran de la siguiente forma:

- Trabajadoras del sexo que trabajan en clubes o burdeles, ya sea con cuartos propios donde viven las mujeres, cuartos alquilados, o sin cuartos. En los primero la prostituta vive y atiende a sus clientes en ese lugar. en los cuartos

de alquiler solo se atienden a los clientes, pero la mujer vive en otro sitio. Y en los que no tienen cuartos las mujeres hacen el contacto con el cliente en el lugar, pero salen a hoteles u otro sitio donde tienen relaciones.

- Trabajadoras del sexo en salas de masaje: el local les cobra a los clientes una suma por recibir un masaje. La trabajadora del sexo no recibe nada por hacer un masaje. Sus ingresos dependen de que el cliente acepte su ofrecimiento para tener una relación sexual, cuyo precio se negocia cuando el cliente está con la prostituta en la sala de masaje. Entonces se brindan los servicios sexuales en la sala de masaje.
- Trabajadoras del sexo en la calle: aquí la prostituta se caracteriza por contactar al cliente en la calle, generalmente los clientes pasan en vehículos y ellas lo abordan y van con el cliente a un lugar donde se da la relación sexual. Generalmente, después de la relación sexual el cliente lleva a la mujer al lugar donde la recogió.

El comercio sexual se encuentra rodeado de gran vulnerabilidad, porque en múltiples casos es una actividad con altos riesgos de violencia y de contagio de enfermedades de transmisión sexual como se ha señalado con anterioridad. Pero podemos decir que la mayoría de estas mujeres no reciben la consejería ni la atención necesarias para evitar contraer el VIH o ETS

En realidad a las trabajadoras sexuales se les da un trato distinto, algunas veces abusivo y represivo en comparación con el resto de la población. Es por esto que a la luz del creciente auge de la prostitución se pueden plantear puntos importantes no solo de salud pública sino también en relación con los derechos humanos fundamentales de un número cada día mayor de mujeres ocupadas en este sector.

Lo importante es reconocer que todas las mujeres tienen derechos humanos, entre ellos a un amplio espectro de opciones en la educación, al trabajo, a la salud, especialmente la sexual y reproductiva y a vivir una vida libre de violencia con integridad física y emocional (Reyes2014).

### 2.1.2. Consumo de Drogas. Problema en Salud Pública

Dice la Organización Mundial de la Salud (OMS): "Droga" es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Bajo la denominación de "sustancia psicoactiva" o "droga", se incluye un grupo variado de sustancias, cuyo potencial adictivo, así como su peligrosidad, puede variar significativamente. Estas diferencias se deben no sólo a características farmacológicas particulares de cada sustancia, sino también a la cronicidad del uso, la dosis, la vía de administración, las características del usuario y el contexto en que se consume.

Las drogas impactan y cambian las funciones del cerebro. Existe una íntima relación entre las estructuras cerebrales y las conductas asociadas con el consumo de drogas, además de la predisposición, los efectos a corto y largo plazo que puede causar el consumo de sustancias y la importante participación de los factores medioambientales. El consumo repetido de drogas es seguido de cambios persistentes en el funcionamiento del sistema nervioso central.

Las drogas, legales o ilegales, pueden producir dependencia. En ese proceso, un mecanismo clave es que aumentan la concentración del neurotransmisor llamado dopamina, en una zona específica del cerebro: el núcleo accumbens, que es probablemente el centro del placer más importante. (Organización de los Estados Americanos, 2013).

Las drogas pueden ser clasificadas en función de sus efectos sobre el sistema nervioso central (SNC) de la siguiente forma:

- "Depresoras o Psicolépticos: Sustancias de origen natural o sintético que modifican la química cerebral del sistema nervioso central deprimiéndolo: inhiben el funcionamiento del sistema nervioso central, enlenteciendo la

actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Entre los efectos que producen se encuentran relajación, sedación, somnolencia, sueño, analgesia e incluso coma. Ejemplos de estas sustancias los constituirían el alcohol, los diversos tipos de opiáceos (heroína, morfina, metadona, etc.), ciertos psicofármacos (como por ejemplo las benzodiacepinas o los barbitúricos),etc.

- Estimulantes o Psicoanalépticos: Sustancias de origen natural o sintético que modifican la química cerebral, las mismas que aceleran o estimulan el funcionamiento del sistema nervioso central, dando lugar a un incremento de las funciones corporales. Se establece una distinción entre estimulantes mayores (tales como la cocaína o las anfetaminas) y menores (como la nicotina o las xantinas: cafeína, teína, teobromina).
- Alucinógenos o Psicodislépticos: Sustancias de origen natural o semi-sintético que alteran significativamente la química cerebral, generando alteraciones visuales, táctiles y auditivas, también conocidos como perturbadores. Producen un estado de conciencia alterado, deforman la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial. Ejemplos de estas sustancias los constituirían el LSD o las drogas de síntesis (que por los efectos que producen serían más bien consideradas como sustancias mixtas estimulantes- alucinógenas), de origen natural el cannabis, el cactus, peyote, ayahuasca, etc.” (Corbella 2011).

La clasificación de las sustancias en función de las restricciones legales establecidas en cada estado particular respecto al consumo, producción y venta de las diferentes sustancias es de este modo:

- Droga legal o lícita: droga que está legalmente disponible mediante prescripción médica o en algunas ocasiones también sin ella, en una determinada jurisdicción.

- Droga ilegal o ilícita: sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos. En sentido estricto, la droga en sí no es ilegal, lo son su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción. El término más exacto “mercado de drogas ilegales” hace referencia a la producción, distribución y venta de cualquier droga o medicamento fuera de los canales legalmente permitidos.

Entre la drogas legales que se consumen con más frecuencia se pueden mencionar:

a. Alcohol: Droga depresora del sistema nervioso central que al ser consumida en pequeñas cantidades puede causar sensación de liberación, relajación e incluso de alegría. Al aumentar las cantidades, puede producir una falsa sensación de estimulación debido al progresivo entorpecimiento de las funciones superiores. En cantidades mayores se presenta la embriaguez, acompañada de alteraciones en el comportamiento, reducción de la capacidad de percepción, de la facultad autocrítica, incompetencia en la coordinación de los movimientos.

Todos los órganos pueden llegar a ser afectados por el alcohol. Entre los problemas orgánicos más frecuentes están hepatitis, cirrosis, pancreatitis, cáncer, cardiopatías, hipertensión arterial y trastornos neurológicos (Instituto Costarricense sobre Drogas 2015).

b. Tabaco: Los efectos de la nicotina pueden ser estimulantes o depresivos dependiendo de la cantidad de cigarros. Se han identificado más de 4000 componentes en el humo del tabaco de los cuales 1200 se consideran productos químicos tóxicos. La cantidad de nicotina y alquitrán en el tabaco está determinado por factores como tipo de planta, procesamiento, condiciones de crecimiento, curado de la planta, etc.

Con un consumo excesivo de cigarrillos pueden presentarse dolor de cabeza, mareos, vómitos, diarrea, aumento de palpitaciones ,ansiedad. En los

fumadores crónicos se pueden presentar inapetencia, acidez estomacal, disminución de la memoria, diarrea, tos, bronquitis crónica, enfisema, cáncer pulmonar (Instituto Costarricense sobre Drogas 2015).

Se han revisado diferentes escritos y estudios que nos indican que el consumo de drogas ilícitas más prevalente está orientado hacia las siguientes sustancias:

a. cocaína: Pertenece al grupo de los estimulantes y carece de propiedades narcóticas. Se encuentra en las hojas del arbusto *Erythroxylum coca*, originario de las regiones andinas. Actúa como excitante de la corteza cerebral, llevando a un estado de euforia activa (al contrario de la pasiva de la heroína), que produce vigilia y mayor rendimiento físico y se pierde la sensación de cansancio, aunque no tiene aplicación terapéutica. Si se consume en altas dosis, se pueden sufrir alteraciones en la percepción y en el juicio, alucinaciones cutáneas de insectos moviéndose por la piel y quien la sufre hace que se rasque, hasta el punto de producirse erosiones. Al desaparecer su efecto, el individuo entra en un estado de apatía, nerviosismo, irritabilidad... Su consumo habitual no produce dependencia física, aunque sí una intensa dependencia psíquica sin tolerancia.

b. Marihuana: Procede de la planta *cannabis sativa* L. Actúa sobre el sistema parasimpático, de manera que los efectos que producen su consumo en el plano psíquico son una especie de hiperactividad y ligereza intelectual, acelerándose la actividad de razonamiento. Aumenta la sensibilidad y el placer psíquico, además de una ligera psicodislepsia. Todas las sensaciones finalizan con lasitud y adormecimiento. El riesgo de su consumo en dosis excesivas tras un largo período puede producir una moderada dependencia psíquica sin tolerancia, con estados psíquicos de letargo, apatía y desgana general.

c. Heroína La heroína (clorhidrato de diacetilmorfina) es un alcaloide obtenido



de la síntesis de la morfina y surgió como sustituto de ésta, pensándose que no creaba adicción, aunque enseguida se apreció que carece de utilidad crónica. Es un polvo cristalino, fino, con un color que va del blanco al marrón. Sus efectos son similares a los de la morfina aunque más intensos y rápidos. Deprimen menos los centros cerebrales y más los respiratorios. Sus efectos van de una euforia, hiperactividad sedación y sensación placentera inicial a un estado posterior de apatía y malestar. Su efecto adictivo es cuatro veces superior a la morfina, con una dependencia física, psíquica y tolerancia más fuerte que hace que el síndrome de abstinencia sea más intenso.

d. Policonsumo: Es el consumo consuetudinario de más de una sustancia, ya sea de manera alternada o simultánea. Lo que lo origina puede ser la búsqueda de efectos diferenciados puede distinguirse en la búsqueda de la potenciación del efecto psicoactivo de las drogas consumidas o en la eliminación de efectos no deseados y/o la búsqueda de una interacción o combinación de los efectos que logren un estado alterado de conciencia diferente a los que provocaría el uso de las sustancias por separado (González, 2010).

“La mayoría de la población mundial no usa drogas. De quienes llegan a probarlas, sólo un pequeño grupo las seguirá usando regularmente y de estos, sólo una fracción desarrollará patrones de uso nocivo y dependencia .La transición de una etapa de uso a otra está asociada con una gran variedad de factores de riesgo relacionados con el individuo y su ambiente”(Organización de los Estados Americanos 2013).

- “El uso experimental: Una droga se consume para probar sus efectos y después de pocos eventos de uso, se abandona.
- El uso regular o social. Se continúa usando la sustancia después de haber experimentado y se integra el consumo al estilo de vida habitual.
- El uso nocivo, definido por la OMS como un patrón de uso que causa daño,

ya sea mental o físico.

- Abuso y dependencia. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría, se clasifican estas dos categorías como enfermedades asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas”(Organización de los Estados Americanos 2013).

“Existen diferentes patrones en el desarrollo de los trastornos por dependencia. Clásicamente se describe un patrón evolutivo que se inicia con una actividad voluntaria, de uso social o recreativo. En un inicio prevalece el efecto positivo y placentero, que el usuario siente que está bajo su control. Paulatinamente, en algunas personas la motivación del consumo va cambiando y la persona pasa de consumir para experimentar placer a hacerlo para evitar el malestar, para poder estar bien o para sentirse normal, aumentando la intensidad de la dosis y la frecuencia. Finalmente, una proporción pierde el control sobre el uso y se tornan compulsivos e incapaces de dejar de usar las drogas a pesar de estar conscientes del daño que les producen” (Organización de los Estados Americanos 2013).

Sin embargo, lo que lleva a una persona a incursionar en el consumo drogas, y las razones por las cuales desarrolla el trastorno de dependencia, involucran una poderosa interacción entre el cerebro y una serie de determinantes biológicos, psicológicos y sociales del entorno del individuo. La dependencia se caracteriza por el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias negativas asociadas con su empleo.

En una “lista de 106 causas de muerte, a nivel mundial los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas ocupan el 58º lugar, pero al observar al interior del Hemisferio, encontramos variaciones: en los Estados Unidos y Canadá ocupan el 15º, destacándose como una causa de muerte más importante. En la región andina ocupan el 40º lugar y en América Latina Central, el 52º lugar, lo que es más parecido con el panorama mundial. El informe GBD indica que a nivel mundial en 2010 un

total de 776.000 muertes estuvieron asociadas al abuso de drogas ilegales, lo cual representa un aumento del 191,7% en comparación con 1990". (Organización de los Estados Americanos 2013).

El consumo de drogas es un problema social complejo y multifactorial, tanto como por sus causas y consecuencias como por sus componentes e implicaciones

"Todo consumo de drogas implica la presencia de una persona que realiza una elección conductual, pero también supone una peculiar reacción del organismo ante la acción de una sustancia química, así como unos escenarios sociales con muchas variables condicionantes"(Pons Diez, 2010). Los trastornos causados por el uso de drogas son una pesada carga para los individuos y las comunidades. El uso continuo de drogas puede causar dependencia y discapacidad además de problemas crónicos de salud. Las consecuencias sociales del uso perjudicial o dependencia de drogas llegan mucho más allá del usuario y afectan a sus familias y a otras relaciones personales.

Los trastornos debido al uso de drogas tienen considerables repercusiones en los sistemas asistenciales de muchos países de la región, así como en la salud y en el tipo de discapacidad de las personas en los años más productivos de sus vidas (OPS, 2009) .

Según la Organización de los Estado Americanos, los riesgos asociados con el consumo de drogas son más elevados para los adolescentes, las mujeres, las personas que viven en pobreza y marginación y quienes padecen una enfermedad mental. El inicio del consumo de drogas tiende a ser temprano, mayormente después de los 15 años y con una rápida acumulación en las edades adolescente y adulta temprana. Un inicio temprano aumenta el riesgo de dependencia.

Las mujeres tienen mayor vulnerabilidad que los hombres a ciertas consecuencias derivadas del consumo de drogas, relacionadas con su motivación para usar drogas y diferencias en la sensibilidad a los efectos de las sustancias. Suelen estar en mayor riesgo de dependencia y también son más susceptibles a la recaída. En el

ámbito social, las mujeres dependientes de drogas están sujetas a mayor discriminación que los hombres. El inicio temprano, la victimización y el embarazo no deseado agravan la condición de una proporción de ellas (Organización de los Estados Americanos, 2013).

En el Informe Mundial sobre las Drogas 2017 de las Naciones Unidas, se habla que se presenta un mayor aumento de la carga de morbilidad derivada de trastornos relacionados con el consumo de drogas en las mujeres que en los hombres y que al menos dos veces más hombres que mujeres sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas. Sin embargo, una vez que las mujeres inician el consumo de sustancias, en particular alcohol, marihuana, opioides y cocaína, tienden a aumentarlo más rápidamente que los hombres, razón por la cual pueden llegar también más rápidamente que ellos a sufrir los consiguientes trastornos. Además, las mujeres tienen menos acceso que los hombres al tratamiento necesario.

En la Segunda Encuesta de Hogares sobre Consumo de Drogas, Panamá 2015, el 6.8% de las personas declaró haber consumido alguna sustancia ilícita al menos una vez en la vida y las diferencias por sexo son considerables, ya que el 12.8% son varones y el 1.8% son mujeres, siete veces menos. La declaración del consumo ocurrida en el último año es del 1.2% y la distancia entre sexos se mantiene, con una prevalencia del 0.3% en las mujeres y del 2.2% en varones.

“La prevalencia observada representa a unas 22,553 personas que en el país usaron alguna droga ilícita en el último año, tales como marihuana, cocaína, pasta base, bazuco o pegón, crispy, éxtasis y sustancias inhalables. De éstos, 19,624 son varones, lo que quiere decir que, de cada cuatro personas que consumieron alguna droga ilícita en el último año, 3.5 son varones y 0.5 mujeres.”(CONAPRED Observatorio Panameño de drogas, 2016).

Aunque en Panamá al hablar de consumo de drogas se evidencia un número mayor de hombres que de mujeres, no podemos obviar la relación entre el ejercicio de la prostitución y el consumo de drogas, ya sea legales o ilegales. Lamentablemente la

relación entre una y otra ha sido poco estudiada posiblemente porque la población objeto, es decir, las trabajadoras del sexo, es un grupo social en condición de vulnerabilidad que poca atención recibe por parte de las autoridades sanitarias. Sólo son vistas como posibles transmisoras de enfermedades de transmisión sexual y no como seres que requieren algo más que un simple examen semanal rutinario.

### 2.1.3.- Consumo de Drogas en la Prostitución

El uso de drogas es un problema de una connotación, no solo social, sino que tiene múltiples implicaciones psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas y otras más.

El sistema de salud ve a las trabajadoras del sexo igual que las ve el resto de la sociedad como personas al servicio del género dominante, los hombres y como meras transmisoras de enfermedades infectocontagiosas.

Estas son dos problemáticas que se superponen una sobre la otra, eclipsándose, quedando todo en penumbra. No hay una luz clara que ilumine el camino a seguir en este sentido, ya que es un tema difícil de enfrentar y que no despierta el interés de muchos.

Hay autores que han encontrado una relación entre el uso de drogas y la prostitución. Existen situaciones que propician esta relación, por ejemplo, el que las dos conductas estén prohibidas, restringidas o controladas por las autoridades y por los hombres; que los dos fenómenos sean rechazados socialmente; que entre los dos ambientes se establezca una subcultura que la sociedad rechaza; que en el medio de la prostitución la droga se encuentre disponible, y finalmente, que en el medio de la farmacodependencia sea fácilmente aceptada la prostitución.

Otros investigadores señalan que los principales factores que propician que una prostituta consuma drogas son los personales: sus características psicológicas y su actitud de aceptación o rechazo hacia la droga. Dentro de los factores sociales, se

encuentran: el grado en que se acepte la droga en su medio, las posibilidades de adquirirla, el grado de aceptación o rechazo social a la droga y hacia la persona que la consume.

Entre otros factores que se han encontrado relacionados con la prostitución y el uso y abuso de sustancias, son precisamente el temprano abandono de la escuela y la ingesta de alcohol u otras drogas en edades también tempranas (Kuhns, 1992) en (Rodríguez, Gutiérrez, & Vega, 2003).

En China se realizó un estudio en el que participaron 101 trabajadoras del sexo, 34% de las mismas consumía drogas (Hail-Jares, Choi, Duo, Luo, & Huang, 2016).

En Hungría quedó en manifiesto que hubo una prevalencia más alta de uso de drogas en la población que ejercía la prostitución (84.3%) que en el resto de la población adulta joven (Móro, Simon, & Sárosi, 2013).

En una investigación realizada en Bucaramanga, Colombia donde se encuestaron a 172 mujeres que ejercían la prostitución los rangos de edad se distribuían de la siguiente manera de 19 a 30 años (49.7%), de 31 a 40 años (32.1%) y entre 41 a 50 (10.3%). El 75.5% de las mujeres aseguraron que el consumo de sustancias psicoactivas lo realizaban para trabajar, para poder desarrollar la labor, dada la dureza de la misma (Bohórquez Farfán, 2014).

El uso de dos sustancias psicoactivas emergió en los resultados de un estudio realizado en España en el que se evaluó a 52 mujeres, 24 de ellas consumían alcohol y 39 cocaína. Otras sustancias como el cannabis (n=16) y la heroína (n=9) eran consumidas en menor medida. La edad media de estas mujeres era de 33 años (desviación estándar de 7.69), en un rango de 19 a 50 años. El 50% eran de nacionalidad española y el otro 50% pertenecían a otras nacionalidades. Se encontró que el consumo de cocaína solía producirse e iniciarse con la realización de los servicios sexuales, su uso les servía como método de evasión de la realidad tanto para olvidar la actividad que realizaban como para no tomar consciencia de la

estigmatización. Los efectos de la cocaína podían ser muy útiles en la realización de los servicios sexuales, ya que les permitía estar despejadas durante muchas horas, aguantar el trabajo, poder realizar las prácticas sexuales con diferentes clientes, obtener mayores beneficios económicos y hasta eludir algunos servicios sexuales. En muchas ocasiones el consumo de cocaína conllevaba a que la práctica sexual se centrara en acompañar al cliente durante un tiempo prolongado, obteniendo una mayor ganancia económica. Muchas mujeres manifestaron que el uso de cocaína les hacía aumentar la libido y la excitación (Meneses, 2007).

En otro estudio que se desarrolló en España donde se encuestaron 260 trabajadoras del sexo se menciona que desde la década de los años noventa las mujeres autóctonas que ejercían la prostitución han sido sustituidas mayoritariamente por las mujeres procedentes de otros países, especialmente de Europa del este y Latinoamérica. También se evaluaron dos estudios realizados en seis provincias de España, donde se hace mención a estudios anteriores (Cusik. 1998; Norton-Hawk 2001; Cepeda 2006) en que el uso de drogas permite un mayor rendimiento en el trabajo, aguantando más horas para relacionarse y ocuparse con los clientes, para soportar largas horas de espera. Para la mayoría de las mujeres participantes en este estudio la cocaína era una sustancia que habían conocido en España y que no estaba en sus entornos inmediatos en sus países de origen. Ello suponía un aprendizaje y aculturación sobre el uso de alcohol y cocaína preferentemente. Se encontró que las mujeres que habían consumido cocaína en el último mes tuvieron una media mayor de ocupación con los clientes que las que no consumieron (usuarias de cocaína  $X=21$  clientes,  $DS=8,4$ ; no usuarias  $X=16$  clientes,  $DS=9,8$ ,  $p=0,008$  “Mientras que el alcohol era consumido en el alterne previo a las relaciones sexuales, y con cierta presión de los dueños de los locales, el uso de cocaína se producía en la intimidad con el cliente” (Meneses, 2010).

Una investigación realizada en México concluyó que el inicio en el consumo de drogas de estas mujeres en parte respondió a la necesidad de poder soportar largas

jornadas de trabajo. Las drogas les servían para olvidarse de lo que su familia podría pensar de ellas si las llegasen a encontrar en el lugar donde trabajaban. Por otro lado, el consumir drogas representaba ciertos beneficios ya que las desinhibía, las relajaba, se olvidaban de sus problemas, aunque sea momentáneamente. Además se señala que las prostitutas aceptaban consumir drogas, porque les redituaba ganancias (Rodríguez et al., 2003).

Un estudio realizado en las ciudades de Madrid, Barcelona y Sevilla mostró como resultados que la edad media de las mujeres entrevistadas que ejercían la prostitución era de 33 años. Que existía una mayor vinculación entre el uso de drogas en las mujeres españolas, ya que éstas eran inicialmente consumidoras de sustancias y optaban por la prostitución para costear el consumo, mientras que en las mujeres que habían inmigrado, el consumo se reducía únicamente al ámbito del ejercicio de la prostitución, en el trato con el cliente y como herramienta de trabajo. El consumo de cocaína se relacionó como herramienta de trabajo para lograr desinhibición y aguantar más tiempo en las relaciones sexuales (Castaño, 2012).

En Ecuador, una investigación donde se estudió una muestra de 25 trabajadoras sexuales se encontró que el 52% de la población analizada, indicó tener entre 26-35 años, pertenecían al grupo de adultos jóvenes, el promedio de edad era de 31 años, con límite mínimo de 20 años y un máximo de 50 años. El 84% de esta población respondió que sí habían consumido drogas y alcohol a lo largo de su vida; mientras que la droga más consumida es la marihuana por el 95,24% y cocaína por el 4.76%. El 68% indicó que sí consumen drogas para trabajar por la gran tensión que deben soportar en su trabajo, ya que al consumir se sienten relajadas y les da mayor seguridad y que la mayoría de las trabajadoras sexuales escapan de la realidad a través del consumo de drogas y alcohol (Guagrilla 2017).

La información con la que se cuenta indica que el consumo de drogas puede ser antecedente o consecuente para el ejercicio de la prostitución y en muchos casos es el sistema de pago utilizado a cambio de los servicios sexuales. Se habla “que el



consumo de drogas es antecedente cuando la prostitución se convierte en la única opción viable para la persona drogodependiente de acceder a la/s sustancia/s a las que es adicta, ya sea accediendo a fondos para pagar dichas sustancias, ya sea como moneda pago directo por los servicios sexuales. Y se dice que “el consumo de drogas es consecuente cuando el ejercicio de la prostitución aboca al consumo de sustancias, ya sea de manera voluntaria o inducida”. “El consumo consecuente de drogas al ejercicio de la prostitución suele ser una estrategia disociativa para intentar reducir las consecuencias emocionales”(Atenea, 2016).

Se halló un estudio realizado en España que consistió en entrevistar a 11 profesionales y voluntarias que trabajaban con personas en situación de prostitución para intentar conocer la opinión de las profesionales consultadas sobre el perfil y los hábitos de estas mujeres. El 72.7% de las profesionales consultadas respondieron que estaban totalmente de acuerdo en que las causas del consumo de drogas están asociadas a aguantar el trabajo, conseguir más clientes y razones vinculadas a la desconexión mientras que el 18,18% solo mencionó estar de acuerdo (Iglesias, 2017).

Dentro de las situaciones antes mencionadas encontramos factores que se asocian o facilitan el uso de drogas en el ejercicio de la prostitución, cabe destacar que esta relación parece ser estrecha, pero ha sido poco estudiada.

En realidad no existen muchos estudios que nos den luces claras acerca de este problema que pareciera ir en aumento con el devenir de los años. En la revisión que realizamos ubicamos investigaciones llevadas a cabo en otros países, pero en Panamá no encontramos evidencia de que el tema haya sido estudiado.

En nuestro país se atienden a las trabajadoras sexuales en la Clínica de Higiene Social, que funcionan en diferentes centros de salud. “La existencia de esta clínica se debe a la importancia de contar con una normativa desde el punto de vista de salud pública para ejercer un control sanitario en esta población. Tomando en cuenta que el tipo de actividad que realiza esta población las expone a los riesgos

de contraer enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH y SIDA” (MINSA, 2018).

Su principal objetivo es “disminuir la incidencia de enfermedades de transmisión sexual y sus complicaciones a través de la educación, promoción y atención temprana y oportuna” (MINSA, 2018).

Lamentablemente, en la actualidad ha habido un relajamiento en las acciones ejecutadas para lograr atraer a estas mujeres a efectuarse los controles de salud. Si comparamos el número de primeras consultas en la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud notaremos una disminución del 33% entre el 2016 cuando se atendieron por primera vez 2503 mujeres mientras que en el 2017 fueron 1661.

Aunado a que la atención integral de estas pacientes queda reducida a la realización de pruebas para detectar la presencia de alguna enfermedad de transmisión sexual. Sin tomar en cuenta los otros aspectos de la salud de estas mujeres, lo que nos deja entrever la oferta limitada de servicios de salud con los que cuenta este grupo social.

## 2.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

### 2.2.1 Variable Dependiente

2.2.1.1. Consumo de drogas en las mujeres que asisten a las clínicas de higiene social

Autoadministración de una sustancia psicoactiva por parte de las trabajadoras del sexo que asisten a la Clínica de Higiene Social de la RMS.

## 2.2.2. Variables Independientes

### 2.2.2.1 Edad

Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo.

### 2.2.2.2 Lugar de Procedencia

Del latín "*procedens*", procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.

En el momento actual, en Panamá, al hablar de prostitución se puede relacionar con proceso migratorios, esto no quiere decir que todas las mujeres inmigrantes practiquen la prostitución.

Se calcula que un 80% de las mujeres que ejercen la prostitución en España son extranjeras, lo que evidencia la conexión que se ha formado entre la inmigración y la prostitución según un artículo español (José & Solana, 2007).

### 2.2.2.3. Inicio del consumo

Del latín "*initium*", inicio es un término que puede utilizarse como sinónimo de comienzo. Se trata del principio, el origen o la raíz de algo. Entonces definiremos inicio del consumo como el momento en que se dio comienzo a la autoadministración de sustancias psicoactivas,

Hay mujeres que entran o se ven obligadas a practicar la prostitución para poder costear su consumo de sustancias psicoactivas.

#### 2.2.2.4. Motivos de Consumo

Esta es una variable compleja que será estudiada bajo cuatro conceptos.

##### 2.2.2.4.1. Tiempo de trabajo

“El tiempo de trabajo puede llegar a definirse, en términos generales, como aquellas unidades cronológicas de la vida de una persona que la misma dedica al desarrollo de una actividad profesional. Hace referencia, por tanto, a las actividades que realiza una persona y su vinculación con el tiempo. El tiempo de trabajo se suele identificar con la jornada laboral, que se define como la determinación y ordenación del tiempo de trabajo durante los que se desarrolla la actividad laboral, así como los tiempos dedicados a los descansos”(Aragón, Cruces, Martínez, & Rocha, 2012).

La adicción social u ocupacional a las drogas causa efectos psicológicos que son placenteros en dosis leves, puesto que es una sustancia psicoactiva. Aumenta la energía de manera ilimitada, aplazando el sueño que puede progresar a insomnio total. Este es un factor importante en la disponibilidad y aceptabilidad del funcionamiento físico del individuo en actividades domésticas y sociales. De igual manera aumenta los falsos sentimientos de autoestima, delirios de grandeza con fuertes impulsos sexuales.

##### 2.2.2.4.2. Mecanismo de defensa –Racionalización

Racionalización: Invento de explicaciones para justificarse a uno mismo. La racionalización consiste en encontrar razones que justifiquen un acto que sería vivido como conflictivo sin esas razones y entra en juego cuando no se consigue algo que se deseaba y se

decide que en realidad no se deseaba tanto, o bien cuando algo malo sucede y se decide en retrospectiva que no era tan malo. Esta defensa permite aceptar las cosas con un mínimo de resentimiento, pero su uso excesivo puede llevar a que todo sea racionalizado. Es una forma de negación que permite evitar el conflicto y la frustración que ésta genera (Delgado, 2011).

#### 2.2.2.4.3. Remuneración económica

Cuando una persona realiza un trabajo profesional o cumple con una determinada tarea en una empresa, espera recibir un pago por su esfuerzo. Dicha recompensa o retribución se conoce como remuneración, un concepto que deriva del vocablo latino *“remuneratio”*.

Factor social importante en la determinación del funcionamiento ocupacional que produce satisfacción de las necesidades psicológicas y psicoeconómicas de las personas; trabajando específicamente sobre la psiquis de las conductas y necesidades económicas, aumentando el desarrollo del bienestar, satisfacción del individuo.

#### 2.2.2.4.4. Desarrollo del trabajo

Ejecución de tareas que implican un esfuerzo físico y/o mental y que tienen como objetivo la producción de bienes y servicios para atender las necesidades humanas.

El trabajo es la actividad a través de la cual el individuo obtiene sus medios de subsistencia.

La inhibición conductual tiene bases genéticas aún no bien aclaradas. La desinhibición se puede producir por trastornos cerebrales orgánicos, psicosis funcionales, consumo de sustancias psicoactivas y situaciones estresantes que bloquean las formaciones reactivas de vergüenza y timidez.

#### 2.2.2.5. Tipo de droga

2.2.2.5.1. Cocaína: Pertenece al grupo de los estimulantes y carece de propiedades narcóticas. Actúa como excitante de la corteza cerebral, llevando a un estado de euforia activa (al contrario de la pasiva de la heroína), que produce vigilia y mayor rendimiento físico y se pierde la sensación de cansancio, aunque no tiene aplicación terapéutica.

2.2.2.5.2. Marihuana: Procede de la planta cannabis sativa L. Actúa sobre el sistema parasimpático, de manera que los efectos que producen su consumo en el plano psíquico son una especie de hiperactividad y ligereza intelectual, acelerándose la actividad de razonamiento.

2.2.2.5.3 Heroína La heroína (clorhidrato de diacetilmorfina) es un alcaloide obtenido de la síntesis de la morfina y surgió como sustituto de ésta, pensándose que no creaba adicción, Sus efectos son similares a los de la morfina aunque más intensos y rápidos. Deprimen menos los centros cerebrales y más los respiratorios. Sus efectos van de una euforia, hiperactividad sedación y sensación placentera inicial a un estado posterior de apatía y malestar.

2.2.2.5.4. Policonsumo: Es el consumo consuetudinario de más de una sustancia, ya sea de manera alternada o simultánea. (González, 2010).

### CAPÍTULO III

#### FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS



### 3.1 HIPÓTESIS

3.1.1. Hipótesis Nula: No existe asociación entre la edad, la procedencia, el inicio de consumo, el tiempo de trabajo, los mecanismos de defensa, la remuneración económica, el desarrollo del trabajo con el consumo de drogas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud.

3.1.2. Hipótesis Alternativa: Existe asociación entre la edad, la procedencia, el inicio de consumo, el tiempo de trabajo, los mecanismos de defensa, la remuneración económica, el desarrollo del trabajo con el consumo de drogas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud.

## CAPÍTULO IV

### OBJETIVOS

#### 4.1. OBJETIVOS

##### 4.1.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores asociados al uso de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud.

##### 4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar el consumo y el tipo de drogas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud.
- Estimar la asociación entre la edad y el consumo de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud.
- Determinar la asociación entre el lugar de procedencia y el consumo de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud.
- Establecer la asociación entre el inicio del consumo y el uso de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene social de la Región Metropolitana de Salud.
- Determinar si el tiempo trabajo está asociado con el consumo de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud.
- Establecer la asociación entre el mecanismo de defensa y el consumo de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud.

- Estimar la asociación entre la remuneración económica y el consumo de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud.
- Determinar si el desarrollo del trabajo tiene asociación con el consumo de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud.

CAPÍTULO V  
MARCO METODOLÓGICO

## 5.1. MARCO METODOLÓGICO

### 5.1.1.- Área de Estudio

La Región Metropolitana de Salud (RMS) fue creada mediante resolución ministerial del 10 de septiembre de 1971. Para ese entonces incluía el Distrito de Panamá, San Miguelito y Taboga, un año después incorpora el corregimiento de Veracruz, ubicado en el distrito de Arraiján. En 1988 fue creada la Región de Salud de San Miguelito, que con posterioridad incluiría los corregimientos de Alcalde Díaz y Chilibre.

La Región Metropolitana de Salud se encuentra ubicada en la Provincia de Panamá, limita al norte con el distrito de San Miguelito y el corregimiento de Chilibre, al sur con la Bahía de Panamá, al este con el corregimiento de San Martín y Pacora y al oeste con el distrito de Arraiján. La superficie de la RMS es de 889.2 km<sup>2</sup>; aumentó en el año 2010, al pasar a su responsabilidad sanitaria, la comunidad de Las Garzas en el corregimiento de Pacora.

En cuanto a la responsabilidad sanitaria, esta abarca 20 corregimientos de 3 distritos a saber: en el distrito de Panamá están Ancón, El Chorrillo, Santa Ana, San Felipe, Curundú, Calidonia, Bella Vista, San Francisco, Pueblo Nuevo, Bethania, Río Abajo, Parque Lefevre, Juan Díaz, Pedregal, Tocumen, Las Mañanitas y 24 de diciembre. En el distrito de Taboga están: Taboga cabecera, Otoque Oriente y Occidente, el corregimiento de Veracruz en el distrito de Arraiján y a partir del 2011 la comunidad de Las Garzas ubicada en el corregimiento de Pacora.

Cabe mencionar que en la Región Metropolitana de Salud no todos los centros cuentan con una Clínica de Higiene Social. Los centros donde se encuentran las Clínicas de Higiene Social son: San Felipe, Santa Ana, Calidonia, El Chorrillo, Pueblo Nuevo, Río Abajo. El estudio se llevó a cabo en los centros antes mencionados.

#### 5.1.2.- Tipo de estudio:

Se realizó un estudio analítico de casos y controles.

#### 5.1.3.- Universo

Para el universo de este estudio se tomó el número total de mujeres atendidas como primera consulta en el año 2017. Se atendieron en la Clínica de Higiene Social 1,661 mujeres.

#### 5.1.4.- Muestra

La muestra se seleccionó de las mujeres que asistieron a la atención a la Clínica de Higiene Social. Donde la N fue de 1,661 trabajadoras del sexo. Prevalencia de 0.5 con un margen de error de 0.1.

$$n = \frac{N Z^2 p q}{e^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

$$n = \frac{(1661) 1.96^2 (0.5) (0.5)}{0.1^2 (1660) + 1.96^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 90.8$$

$$n = 91$$

La muestra estuvo conformada por 331 trabajadoras del sexo, en la que 130 fueron los casos y 201 los controles.

Se realizaron visitas a cada uno de los centros donde funciona una Clínica de Higiene Social y en un primer momento se seleccionaron entre las mujeres que asistieron a su atención, los casos y los controles.

En un segundo momento se aplicaron las encuestas para indagar sobre los factores de riesgo a todas las mujeres que fueron seleccionadas como casos y a las que fueron seleccionadas como controles, con excepción de aquellas que se rehusaron a participar del estudio.

#### 5.1.5.- Definición Operacional de las Variables

##### 5.1.5.1. Variable Dependiente:

Consumo de drogas en las mujeres que asisten a las clínicas de higiene social.

- Sí consume drogas ilícitas.
- No consume drogas ilícitas

##### 5.1.5.2. Variables Independientes

###### 5.1.5.2.1 Edad

Número de años cumplidos por la entrevistada a la fecha del inicio del estudio. Es una variable cualitativa de razón. El criterio de clasificación utilizado fue por grupos quinquenales acorde a los empleados por el



Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá. Se agruparán de la siguiente manera:

- De 18 a 34 años
- De 35 a 54 años

#### 5.1.5.2.2 Lugar de procedencia

Se refiere al país de origen de la entrevistada. Las categorías fueron:

- Nacional: nacida en Panamá
- Extranjera: nacida o proveniente de cualquier país que no sea Panamá

#### 5.1.5.2.3. Inicio del consumo

Momento en el que la trabajadora del sexo comenzó a utilizar drogas psicoactivas.

Se evaluó de la forma siguiente:

- Antes de entrar a la prostitución
- Estando en la prostitución

#### 5.1.5.2.4. Motivos del Consumo

Variable compleja que se estudió bajo cuatro parámetros.

#### 5.1.5.2.5. Tiempo de trabajo

Periodo en que la trabajadora del sexo (encuestada) pasa ejerciendo su trabajo. Dependerá de la percepción de la encuestada evaluar si el consumo de drogas le permite dedicar más horas a su labor. Se midió de la siguiente manera:

- El consumo de drogas ilícitas le permite tener jornadas de trabajo más largas.
- El consumo de drogas ilícitas no le permite tener jornadas de trabajo más largas.

#### 5.1.5.2.6 Mecanismo de defensa

Forma en que la entrevistada evade la realidad o se olvida de los problemas por medio del consumo de drogas.

Se evaluó con la siguiente interrogante:

- El consumo de drogas ilícitas le permite olvidarse de los problemas
- El consumo de drogas ilícitas no le permite olvidarse de los problema

Si la respuesta era afirmativa se pasaba a valorar cuatro enunciados.

En la Universidad Complutense de Madrid se elaboró una escala de mecanismos de defensa, dentro de los cuales por medio de la valoración de cuatro enunciados se puede determinar si la paciente utiliza el mecanismo de defensa de negación dentro del que se encuentra la racionalización que es la manera como la persona evade

la realidad.

Se valoró del 1 al 9 el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy de acuerdo

Los enunciados o afirmaciones son las siguientes:

**Tabla 1. Escala de Mecanismos para valorar el mecanismo de Defensa de la Negación**

Enunciados										
1	La gente dice que soy como un avestruz, con la cabeza enterrada en la arena. En otras palabras, que atiendo a los hechos desagradables, como si no existieran.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	No tengo miedo a nada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	Mi filosofía es: no oír lo malo, no hacer el mal y no ver el mal.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	Me pondría muy nervioso si en un avión en el que estoy volando se estropease un motor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

En el momento de la tabulación de los datos se sumaron las cuatro valoraciones y luego se dividieron entre cuatro. Los resultados se consideraron de la siguiente forma:

- De 1 a 3: leve
- De 4 a 6: Moderado
- De 7 a 9: Severo

Las que presentaron resultados moderado o severo se tomaron como positivas al consumo de drogas como mecanismo de defensa.

#### 5.1.5.2.7. Remuneración económica

Pago por la realización de un trabajo. En este caso se evaluó si el consumo de drogas ilícitas:

- Sí Contribuye con la obtención de mejores ganancias
- No contribuye a la obtención de mejores ganancias

#### 5.1.5.2.8. Desarrollo del trabajo

Actividad que se realiza para obtener remuneración económica. Los criterios de clasificación en cuanto al consumo de drogas ilícitas para desarrollar el trabajo fueron:

- Consumir drogas ilícitas facilita llevar a cabo el trabajo
- Consumir drogas ilícitas no facilita llevar a cabo el trabajo.

#### 5.1.5.2.9. Tipo de droga

Sustancia psicoactiva que modifica alguna de las funciones del sistema nervioso central.

Se evaluó si consume o no la droga en cuestión

- **Cocaína**
  - Sí consume cocaína
  - No consume cocaína
- **Marihuana**
  - Sí consume marihuana
  - No consume marihuana
- **Heroína**
  - Sí consume heroína
  - No consume heroína
- **Otras**
  - Consume otras drogas   Cuál? \_\_\_\_\_
  - No consume otras drogas
- **Policonsumo:** Se consideró policonsumo si la trabajadora del sexo (encuestada) respondió afirmativamente al consumo de más de una de las drogas listadas o de alguna de las drogas listadas y de otra(s) que no se encuentre(n) en la lista.
  - Sí consume más de una droga
  - No consume más de una droga

Las categorías dentro de las variables fueron agrupadas en 2 apartados para facilitar la confección de las tablas tetracóricas y su análisis.

**Tabla 2. Definición operacional de las variables**

Cuadro de Variables					
Macrovariables	Variables	Definición	Naturaleza	Nivel de Medición	Criterio de Clasificación
	Edad	No. de años cumplidos por la entrevistada al momento de la encuesta	Cuantitativa continua	Razón	Rangos de edad: 18 a 34 años____ 35 a 54 años____
	Lugar de procedencia	País de origen de la entrevistada	Cualitativa	Nominal	Lugar de procedencia: Nacional____ Extranjera____
	Inicio del consumo	Momento en que la entrevistada empezó a usar drogas psicoactivas	Cualitativa	Nominal	Inicio del consumo de drogas: Antes de ejercer prostitución____ Ejerciendo ya la prostitución____
Motivos de Consumo	Tiempo de trabajo	Periodo de tiempo en que la entrevistada pasa ejerciendo su trabajo	Cualitativa	Nominal	¿Al consumir drogas soportas jornadas de trabajo más largas?: Sí____ No____
	Mecanismo de defensa	Forma en que la entrevistada evade la realidad	Cualitativa	Nominal	¿Consumir drogas ayuda a olvidarse de los problemas?:
	Remuneración económica	Pago por la realización de un trabajo	Cualitativa	Nominal	¿Consumir drogas en el momento del trabajo ayuda a tener mejores ganancias?: Sí____ No____
	Desarrollo del trabajo	Actividad que se realiza para obtener remuneración económica	Cualitativa	Nominal	¿Consumir drogas facilita llevar a cabo el trabajo?: Sí____ NO____
Tipos de Droga	Alcohol	Estupefaciente embriagante	Cualitativa	Nominal	¿Consume alcohol?: Sí____ NO____
	Cocaína	Droga estimulante	Cualitativa	Nominal	¿Consume cocaína?: Sí____ No____
	Marihuana	Droga que actúa sobre el sistema parasimpático	Cualitativa	Nominal	¿Consume marihuana?: Sí____ No____
	Heroína	Alcaloide obtenido de la síntesis de la morfina	Cualitativa	Nominal	¿Consume heroína?: Sí____ NO____
	Policonsumo	Consumo de más de una sustancia alternada o simultánea	Cualitativa	Nominal	¿Consume varias drogas?: Sí____ No____
	Otras	Otras drogas que no se encuentren en el listado	Cualitativa	Nominal	¿Consume otra droga?: Sí____ NO____

#### 5.1.5.3 Casos

Toda mujer que asista a recibir atención en las Clínicas de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud que al momento de realizar la encuesta conteste afirmativamente a la pregunta acerca del consumo de alguna droga ilícita o ilegal.

##### 5.1.5.3.1 Criterios de inclusión de los casos

Se incluyó en el estudio a toda mujer que se atendió en la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud (RMS) que contestó que consume drogas ilícitas o ilegales.

Toda trabajadora del sexo que se atienda en la Clínica Higiene Social de la RMS.

##### 5.1.5.3.2 Criterios de exclusión de los casos

Se excluyó del estudio a toda trabajadora del sexo que se negó a contestar la encuesta de la investigación.

#### 5.1.5.4 Controles

Toda mujer que asista a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud que al momento de realizar la encuesta conteste de forma negativa a la pregunta acerca del consumo de alguna droga ilícita o ilegal, pero que consuma alguna droga lícita.

#### 5.1.5.4.1 Criterios de inclusión de controles

Se incluyó a las trabajadoras del sexo que se atienden en la CHS de la RMS que haya contestado la encuesta y que responda de forma negativa la pregunta acerca del consumo de drogas ilegales, pero que sí consuman drogas legales.

Toda trabajadora del sexo que se atienda en la Clínica de Higiene Social de la RMS.

#### 5.1.5.4.2 Criterios de exclusión de los controles

Se excluyó del estudio a toda trabajadora del sexo que se atienda en la Clínica de Higiene Social de la RMS que se niegue a contestar la encuesta de la investigación.

Toda trabajadora del sexo que conteste que no consume ningún tipo de droga legal.

#### 5.1.5.5 Procedimiento y Método de Recolección

Para la recolección de los datos se utilizó una fuente de datos primaria ya que se aplicó un instrumento para recolección de datos que fue llenado por escrito y de manera individual. La encuesta fue aplicada por la investigadora a cada una de las asistentes a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud.



#### 5.1.5.6 Autorización

Se solicitó autorización del Comité de Ética de la Universidad de Panamá y consentimiento informado firmado por la trabajadora del sexo que acudió en su momento a la Clínica de Higiene Social de la RMS y que participó del estudio.

#### 5.1.5.7 Tiempo

Esta investigación se desarrolló en el año 2018.

Las encuestas se aplicaron durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2018.

#### 5.1.5.8 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

No se identificaron por nombre propio a las participantes para la elaboración de este trabajo de investigación, ni tampoco alguna característica que implicara el conocimiento de su identidad.

Los datos obtenidos se utilizaron para encontrar la relación entre los factores asociados al consumo de drogas ilícitas en la prostitución y con base en los resultados para poder sugerir intervenciones en Salud Pública en la Región Metropolitana de Salud.

## **CAPÍTULO VI**

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

## 6.1 Análisis de los Resultados

### 6.1.1. Métodos y Modelos de Análisis de los Datos

Realizada la recolección de los datos a través de la encuesta, se procedió a la creación de una base de datos electrónica en el programa estadístico Epi info 7.0. Una vez completada la fase de alimentación de la base de datos se generaron las tablas y cuadros de trabajo, los cuales se analizaron, extrayendo la información pertinente según los objetivos definidos previamente. También se realizaron gráficas para dar a conocer la información más relevante. El análisis de la información del estudio se realizó por medio del Software Epi Info Versión 7.0.

- A cada hipótesis se le realizó la prueba de hipótesis Chi cuadrado con el propósito de establecer si hay o no diferencia estadísticamente significativa, es decir si se debe a variación de muestreo (azar o no azar).

$$X^2 = \frac{N (ad - bc)^2}{N1 N2 M1 M2}$$

Valor crítico de chi cuadrado 3.84 para tablas 2x2 con un grado de libertad. Si el valor del chi cuadrado calculado es mayor que el valor crítico se concluirá que la diferencia observada es estadísticamente significativa.

- En los casos en que se presentó significancia estadística, se procedió a medir la fuerza de asociación entre las variables. Se efectuaron los cruces entre cada una de las variables independientes y la variable dependiente en tablas tetracóricas, usando la razón de productos cruzados o Odds Ratio (OR) como estimador de la fuerza de asociación.

$$OR = \frac{ad}{cb}$$

Si el resultado es 1 se considera que no existe asociación entre las variables.

Si el resultado es menor de 1 se considera probable factor protector.

Si el resultado es mayor de 1 se considera probable factor de riesgo.

**Tabla 3. Tabla tetracórica para análisis de resultados**

Factor de Riesgo		Consumo de Drogas		
		(+)	(-)	
Expuestos	(+)	a	b	M1
No Expuestos	(-)	c	d	M2
		N1	N2	N

- Se calcularon los límites de confianza para cada uno de los OR calculados, lo que nos permitió demostrar la consistencia y validez interna de la investigación.

$$LC = OR \frac{1 \pm Z^2}{\sqrt{X^2}}$$

## 6.2 Caracterización de la Muestra

La muestra de este estudio estuvo conformada por las mujeres que asistieron a atenderse a la Clínica de Higiene Social que operan en los centros de salud de la Región Metropolitana de Salud.

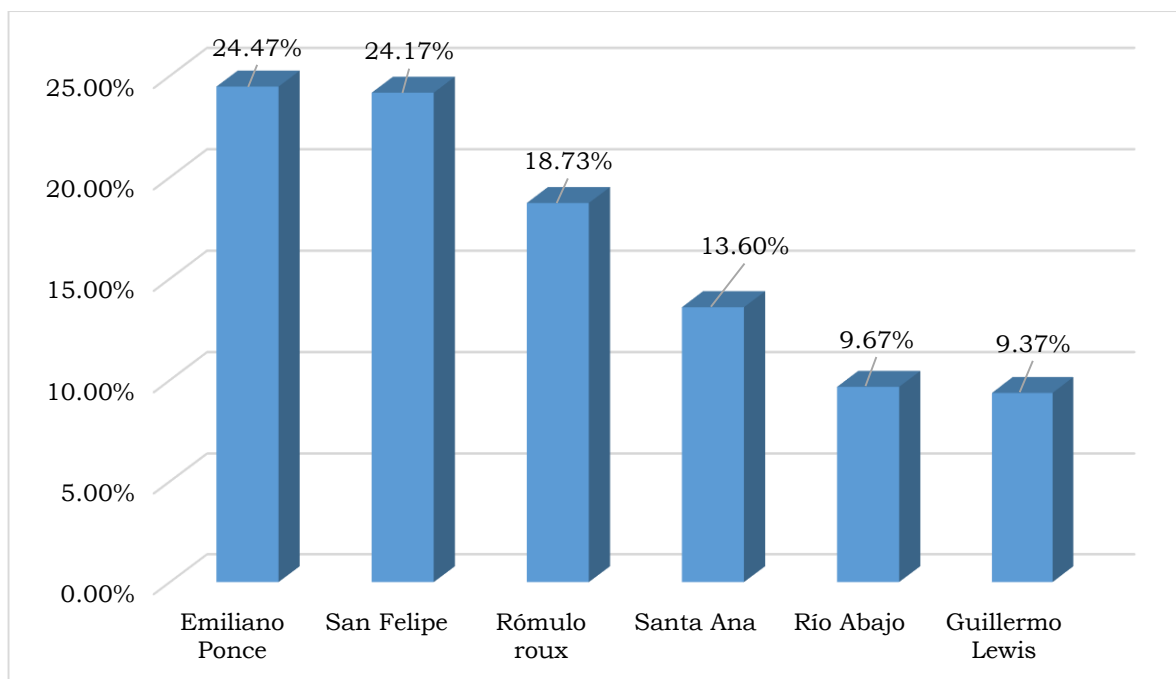
Se entrevistaron a todas las pacientes seleccionadas como casos y controles de la Clínica de Higiene Social que asistieron a su control el día en que se realizó la encuesta en la instalación de salud correspondiente. A pesar de que al utilizar la fórmula para obtener la muestra, el resultado fue de 91 casos y 91 controles se decidió trabajar con todos los casos y controles encontrados en función de mejorar aún más la validez del estudio. Con la excepción de las mujeres que rechazaron participar en la encuesta.

Se evaluaron 342 mujeres en total, de las cuales 11 participantes fueron excluidas, por no cumplir con los criterios de inclusión de los casos y de los controles.

La muestra quedó constituida por 331 mujeres que asistieron a la atención en la Clínica de Higiene Social durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2018.

Los centros en que se aplicaron las encuestas fueron los centros de salud en los que funciona la Clínica de Higiene Social en la Región Metropolitana de Salud, siendo el Centro de Salud Emiliano Ponce (Calidonia), la instalación donde se atendieron por día el mayor porcentaje de féminas 24.47% en la Clínica de Higiene Social. Le siguen en porcentaje descendente el Centro de Salud de San Felipe 24.17%, Centro de Salud Rómulo Roux (Pueblo Nuevo) 18.73%, Centro de Salud de Santa Ana 13.60%, y los centros de Río Abajo y Dr. José Guillermo Lewis (El Chorrillo) con 9.67% y 9.37% respectivamente.

**Gráfica 1. Porcentaje de asistentes a la Clínicas de Higiene Social por instalación. Región Metropolitana de Salud, año 2018**

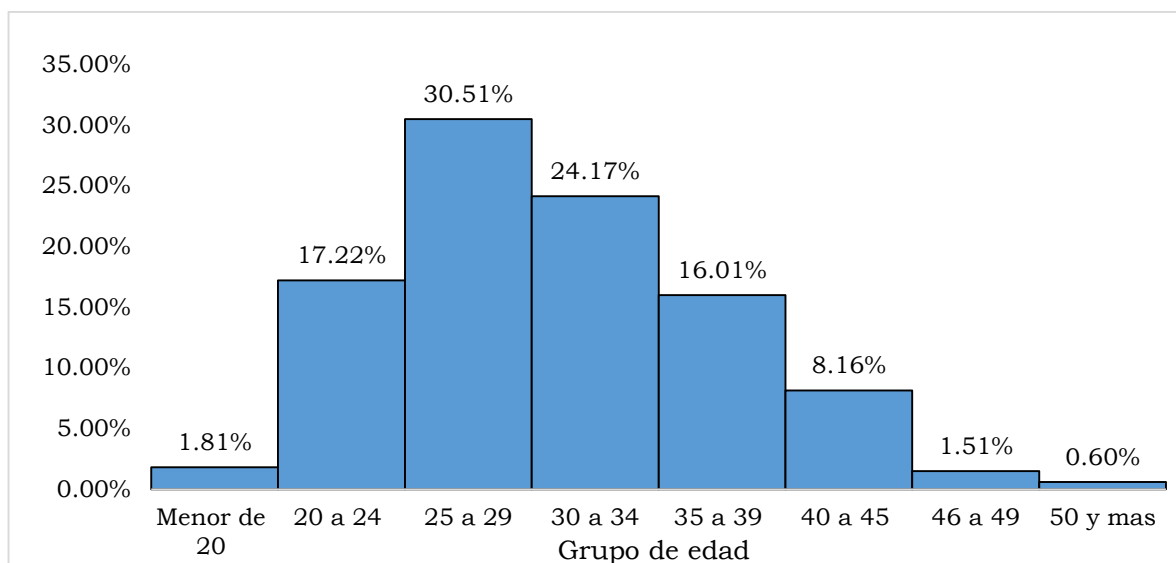


Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

Las edades de las participantes en el estudio oscilaron entre los 18 y 52 años, siendo los grupos de edad de 20 a 34 años los que presentan mayor porcentaje. Con esto se indica que las mujeres que se dedican a estas actividades son en su gran mayoría mujeres jóvenes en edad reproductiva.

Cabe destacar que se encontró un 1.81% de mujeres menores de 20 años.

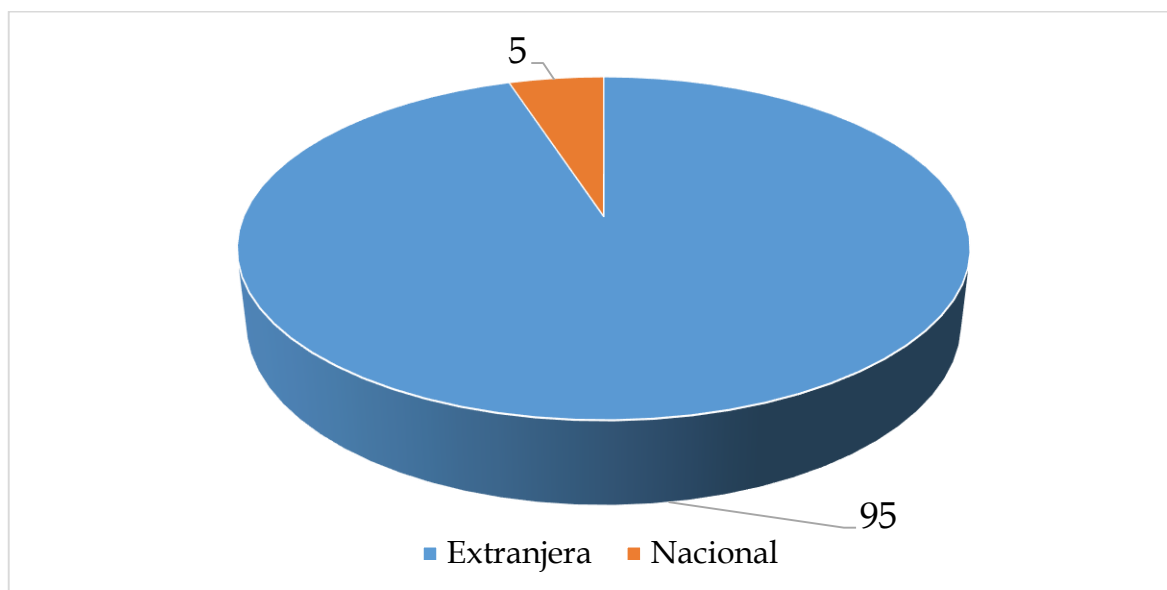
**Gráfica 2. Porcentaje de asistentes a la Clínica de Higiene Social por grupo de edad. Región Metropolitana de Salud, año 2018**



Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

El lugar de procedencia de las participantes en el estudio también fue explorada, para encontrar que el 95% estaban en el grupo de las extranjeras, mientras que solo un 5% eran nacionales.

**Gráfica 3. . Porcentaje de participantes de acuerdo con su lugar de procedencia, en las asistentes a la Clínicas de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018**

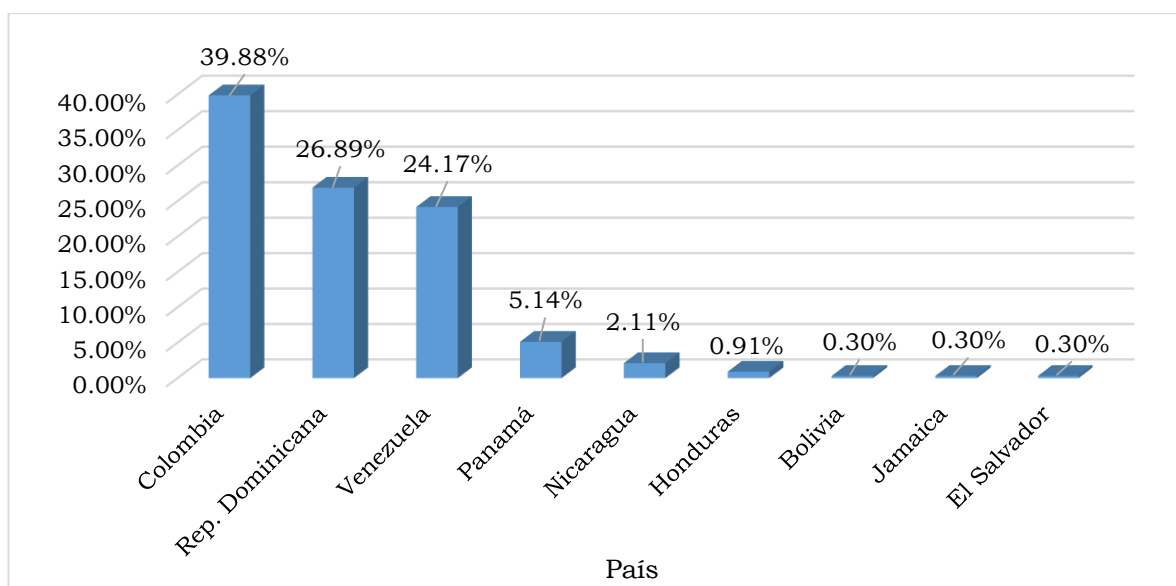


Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.



El porcentaje más alto de las encuestadas son de nacionalidad colombiana 39.88%, seguidas de las de nacionalidad dominicana 26.8% y venezolana 17%. Estos tres son los grupos predominantes.

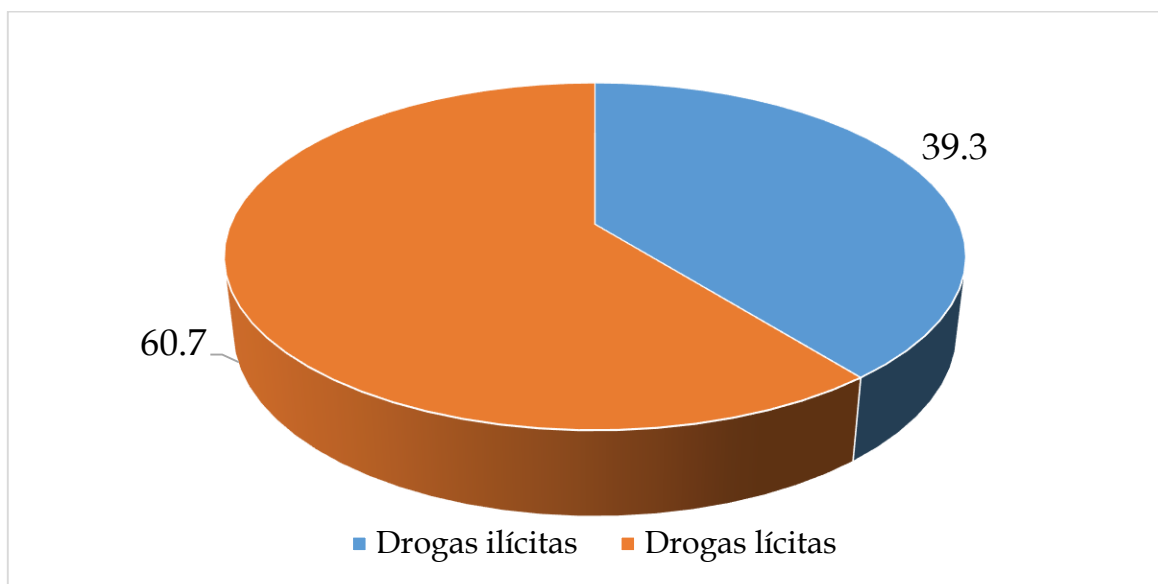
**Gráfica 4. Porcentaje de asistentes a la Clínica de Higiene Social de acuerdo al país de Origen. Región Metropolitana de Salud, año 2018**



Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

De las 331 mujeres que conformaron la muestra, el 39.3% aseguraron consumir o haber consumido drogas ilícitas (consideradas como casos), mientras que el 60.7% negaron el consumo de alguna droga ilegal (controles).

**Gráfica 5. Porcentaje de consumo de drogas de acuerdo a su legalidad en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018**



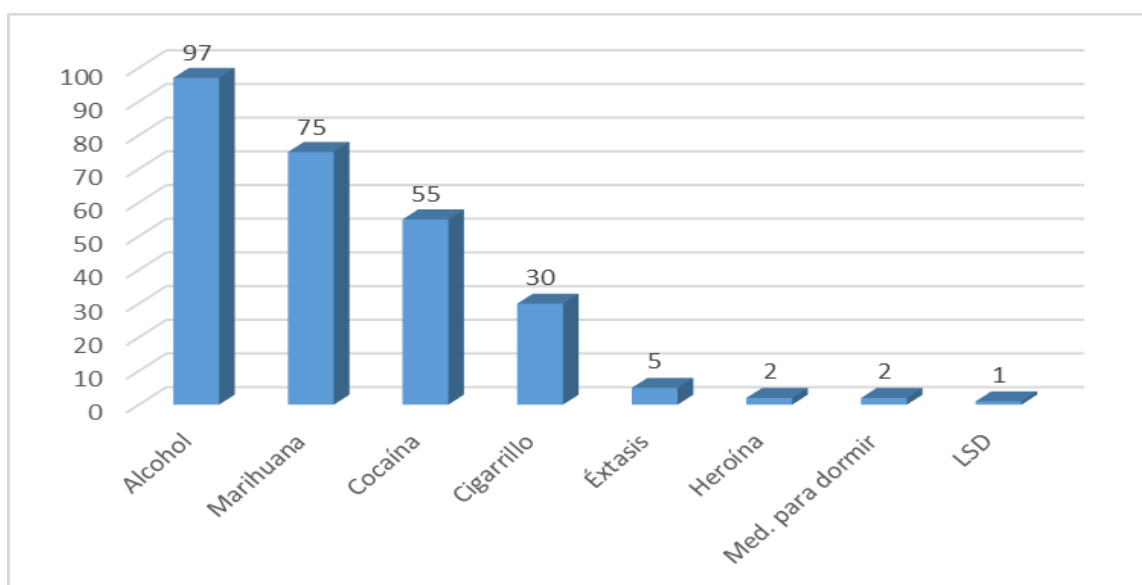
Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

Se determinó el consumo de drogas legales e ilegales.

Se evidenció que la droga que se consume en mayor porcentaje es el alcohol (droga legal) 97%, seguida de la marihuana 75% y la cocaína 55% que son drogas ilegales o ilícitas.

Es posible destacar que el 30% del consumo lo tiene el cigarrillo (tabaco), siendo este una droga legal o lícita.

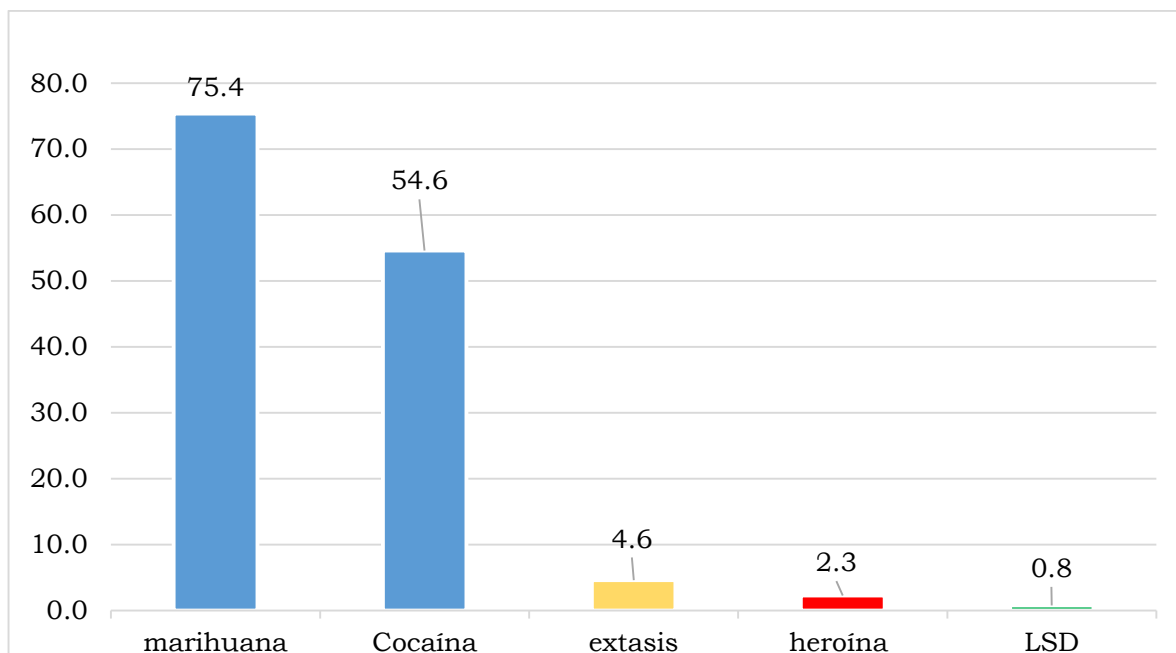
**Gráfica 6. Porcentaje de consumo de acuerdo al tipo de droga reportada en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018**



Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

Al evaluar el tipo de *droga ilegal* consumida, se encuentra que la droga ilegal mayormente reportada fue la marihuana, seguida por la cocaína, éxtasis, heroína y LSD en menores porcentajes.

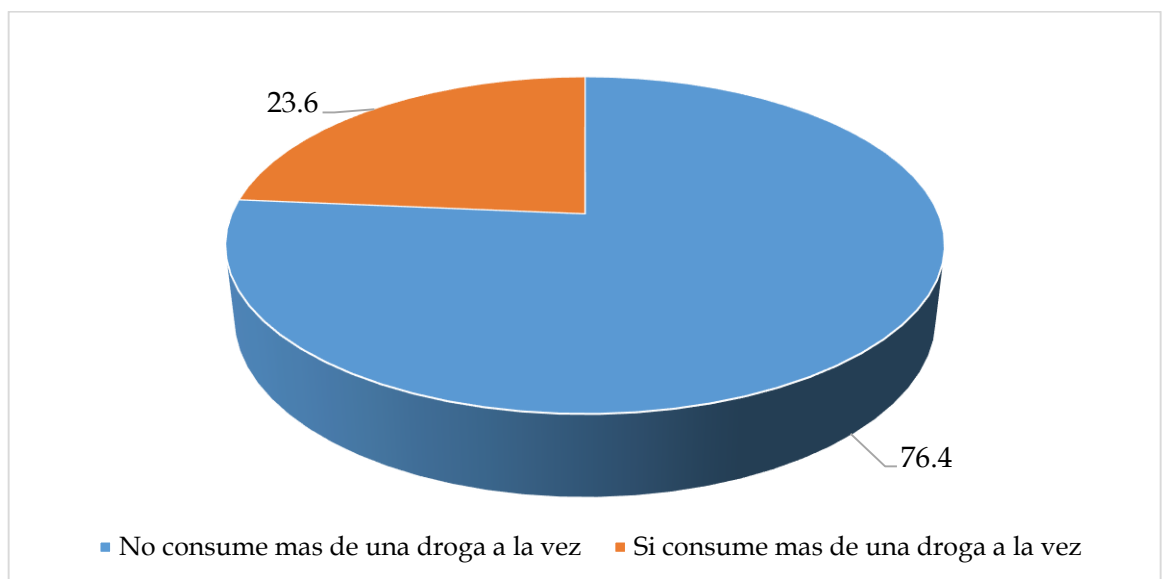
**Gráfica 7. Porcentaje de consumo de Drogas ilegales por tipo de droga. Asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018**



Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

Al indagar acerca del policonsumo los hallazgos indicaron que, de las 331 participantes, el 23.6% consume más de una droga ya sea de forma alternada o simultánea, mientras que el 76.4% aseguró consumir solo una droga.

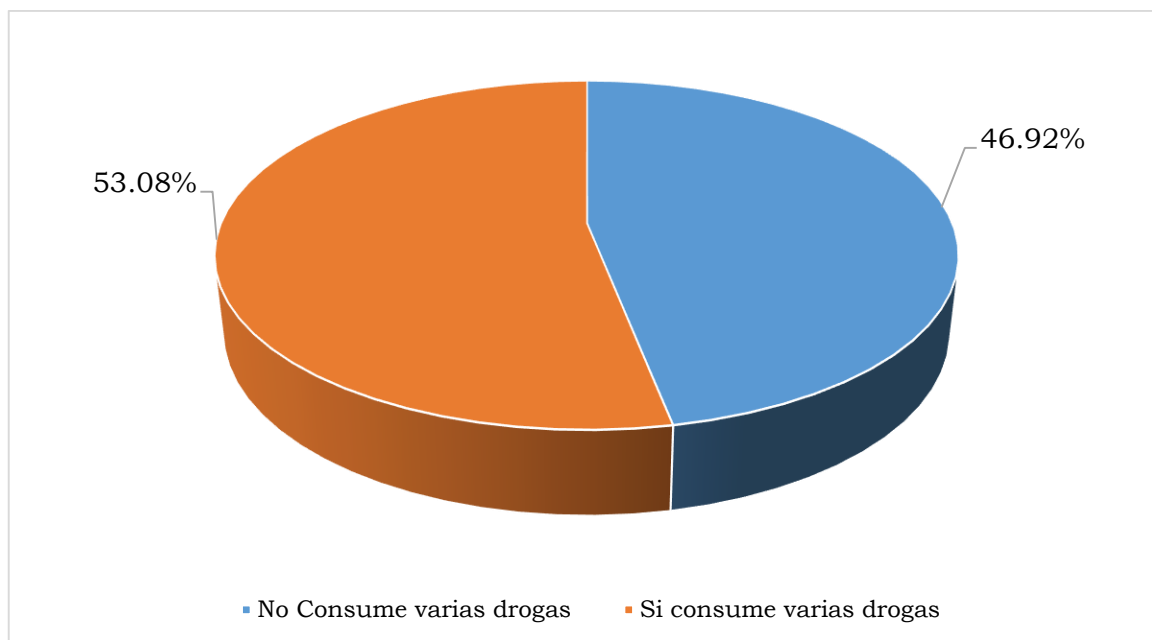
**Gráfica 8. . Porcentaje de asistentes a la Clínica de Higiene Social que reportaron consumir más de una droga. Región Metropolitana de Salud, año 2018**



Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

Entre las mujeres que forman parte del grupo de los casos; es decir, aquellas que consumen drogas ilegales, se encontró que el 53.08% consume varias drogas alternadas o simultáneas y el 46.92% reportó solo consumir una.

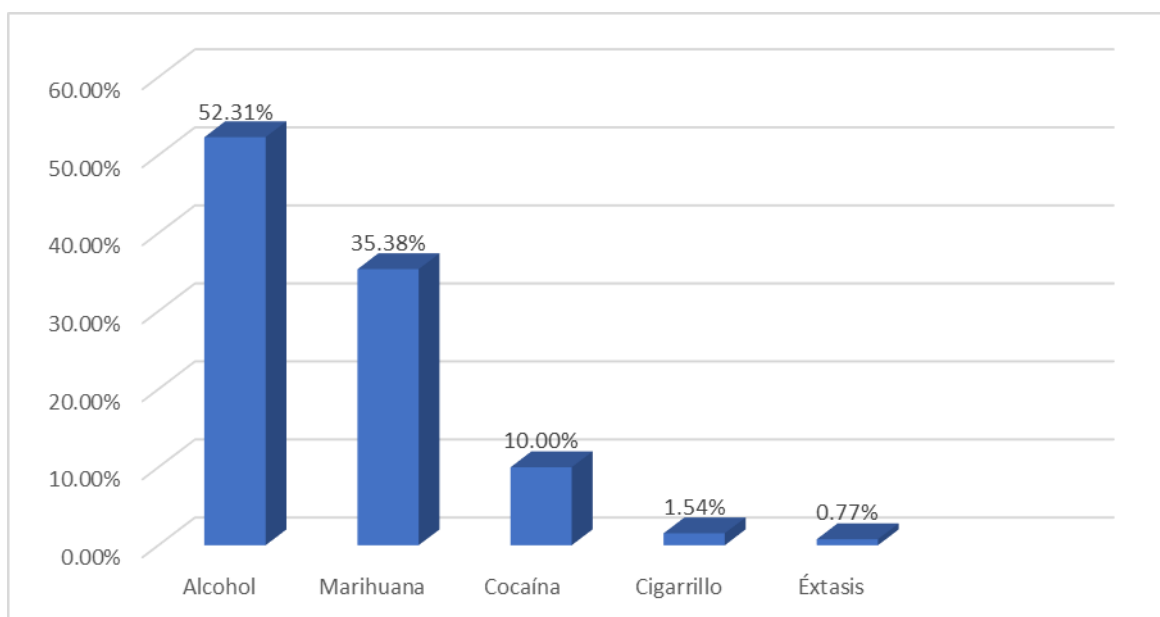
**Gráfica 9. Porcentaje de casos que reportaron consumir varios tipos de drogas. Región Metropolitana de Salud, año 2018**



Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

Adicionalmente quedó evidenciado que el 52.31% reportó el alcohol como su droga de inicio, el 35.38% marihuana y el 10% cocaína.

**Gráfica 10. . Porcentaje de reporte de droga de inicio en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, Año 2018**



Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

### 6.3 Análisis de Asociación

Al efectuar las pruebas de contraste para evaluar la asociación entre las variables, se encontró que existe una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de trabajo y el consumo de drogas ilícitas. El estudio mostró que las mujeres que asisten a las Clínicas de Higiene Social de la RMS, soportan jornadas de trabajo más largas al consumir drogas ilícitas.

**Tabla 4. Casos y controles. Asociación entre el tiempo de trabajo (jornadas de trabajo más largas) y el consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018**

	Consumo de Drogas	
	SI	NO
Jornadas más largas	70	59
Jornadas promedio	60	142

Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

$$X^2 = 19.91 \quad (OR = 2.8) \quad (p = < 0.0001) \quad (LC = 1.77 - 4.44)$$



Se estableció una relación estadísticamente significativa entre la utilización de un mecanismo de defensa y el consumo de drogas ilícitas. Se demostró que consumir drogas ilícitas ayuda a las mujeres que asisten a las clínicas de Higiene Social de la RMS a olvidarse de los problemas.

**Tabla 5. Casos y controles. Asociación entre el mecanismo de defensa (ayuda a olvidar los problemas) y el consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018**

	Consumo de Drogas	
	SI	NO
Ayuda a olvidar los problemas	34	16
No ayuda a olvidar los problemas	96	185

Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

$$X^2 = 20.3 \quad (OR = 4.09) \quad (p = < 0.0001) \quad (LC = 2.15 - 7.79)$$

Se determinó que el desarrollo del trabajo tiene relación estadísticamente significativa con el consumo de drogas ilícitas. Por lo que se establece que a las mujeres que asisten a las Clínicas de Higiene Social de la RMS se les facilita realizar su trabajo cuando consumen drogas ilícitas.

**Tabla 6. Casos y controles. Asociación entre desarrollo del trabajo (facilita el trabajo) y el consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018**

	Consumo de Drogas	
	SI	NO
Facilita el trabajo	86	82
No facilita el trabajo	44	119

Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

$$X^2 = 20.37 \quad (OR = 2.83) \quad (p = < 0.0001) \quad (LC = 1.79 - 4.49)$$

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las otras variables evaluadas en este estudio y el consumo de drogas ilícitas de las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la RMS.

**Tabla 7. Casos y controles. Asociación entre grupo de edad y el consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018**

	Consumo de Drogas	
	SI	NO
18 a 34 años	96	148
35 a 54 años	34	53

Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

$$X^2 = 0.0019 \quad (p = 0.965) \quad (LC = 0.6124 - 16695)$$

**Tabla 8. Casos y controles. Asociación entre el lugar de procedencia y el consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018**

	Consumo de Drogas	
	SI	NO
Extranjera	125	189
Nacional	5	12

Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

$$X^2 = 0.73 \quad (p= 0.3925) \quad (LC= 0.545 - 4.615)$$

**Tabla 9. Casos y controles. Asociación entre inicio del consumo de drogas y el consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018**

	Consumo de Drogas	
	SI	NO
Inició consumo después de ejercer su profesión actual	69	92
Inició consumo antes de ejercer su profesión actual	61	109

Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

$$X^2 = 1.68 \quad (p= 0.194) \quad (LC= 0.86 - 2.08)$$

**Tabla 10. Casos y controles. Asociación entre remuneración económica y el consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018**

	Consumo de Drogas	
	SI	NO
Sí obtiene mejores ganancias	93	155
No obtiene mejores ganancias	37	46

Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

$$X^2 = 1.306 \quad (p= 0.253) \quad (LC= 0.45 - 1.23)$$

**Tabla 11. Resumen de Variables y consumo de drogas ilícitas**

<b>Variables</b>	<b>Casos (consume droga psicoactiva)</b>	<b>Controles (no consume droga psicoactiva)</b>	<b>Chi-cuadrado (Valor observado)</b>	<b>valor-p</b>	<b>OR</b>
Jornadas mas largas	70	59	19.91	<b>&lt; 0.0001</b>	2.8
Jornadas regulares	60	142			
Ayuda a olvidar los problemas	34	16	20.3	<b>&lt; 0.0001</b>	4.09
No ayuda a olvidar los problemas	96	185			
SI Facilita el trabajo	86	82	20.37	<b>&lt; 0.0001</b>	2.8
NO Facilita el trabajo	44	119			
18 a 34 años de edad	96	148	<b>0.0019</b>	0.9	
35 a 54 años de edad	34	53			
Extranjera	125	189	<b>0.73</b>	0.3925	
Nacionalidad	5	12			
Inició consumo despues de su ocupación actual	69	92	<b>1.68</b>	0.14	
Inició consumo antes de su ocupación actual	61	109			
Se obtienen mejores ganancias	93	155	1.306	0.253	
No se obtienen mejores ganancias	37	46			

Fuente: Encuesta sobre factores asociados al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social. Región Metropolitana de Salud, año 2018.

## 6.4 Discusión

Uno de los hallazgos de este estudio es, que después de una vasta revisión bibliográfica, no se encontraron publicados otros estudios de casos y controles donde se hayan tratado de encontrar la relación entre las variables que atañen a esta investigación y el consumo de drogas ilícitas en las mujeres que se dedican a la prostitución.

Al entrar en el análisis de los resultados de este estudio se puede señalar la asociación estadísticamente significativa encontrada entre el tiempo de trabajo (jornadas de trabajo más largas) y el consumo de drogas ilícitas, que existe 2.8 más probabilidad que las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la RMS consuman drogas ilícitas para soportar jornadas de trabajo más largas( $p=0.000008$ ) (OR 2.8).

Así como en los estudios de (Meneses, 2007), (Meneses, 2005) y (Castaño, 2012), concluyeron que el consumo de drogas ilícitas ayuda a las sexoservidoras a soportar jornadas de trabajo más largas, estar despejadas durante muchas horas, aguantar muchas horas de ocupación con los clientes y aguantar más tiempo en las relaciones sexuales. No así en (Meneses, 2010) que no aparecía el consumo de drogas ilícitas como una manera para resistir largas jornadas de trabajo.

En estudios como el de (Rodríguez, et al 2003) y (Meneses, 2007) llegaron a las conclusiones que el consumo de drogas ilegales ayuda a las mujeres que ejercen prostitución a olvidarse de los problemas y que las drogas les sirven de evasión, tanto para olvidar la actividad que realizan como para no tomar consciencia de la estigmatización.

Así mismo se estableció en el presente estudio una relación estadísticamente significativa entre la utilización de un mecanismo de defensa (olvidarse de los problemas) y el consumo de drogas ilícitas. Demostrando que existe un riesgo

mayor que las asistentes a la Clínica de Higiene Social de la RMS consuman drogas ilícitas para olvidarse de los problemas. ( $p=0.0000064$ ) (OR 4.09).

Se determinó también que el desarrollo del trabajo (facilita la realización del trabajo) tiene relación estadísticamente significativa con el consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social de la RMS ( $p=0.0000065$ ). Existe 2.83 más probabilidad de consumir drogas ilegales para facilitar el trabajo como en el estudio de (Meneses, 2010) ( $p=0.008$ ), donde se plasmó que existe 3 veces más probabilidad de consumir cocaína para facilitar el trabajo (OR=3.32).

Los trabajos de (Meneses, 2007) (Rodríguez, et al 2003), (Bohórquez Farfán, 2014), (Iglesias, 2017) y (Guagrilla, 2017) concluyeron que el consumo de drogas se realiza por parte de las sexoservidoras de forma instrumental y funcional, para facilitar la relación con el cliente, desinhibirse y relajarse.

En el presente estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad ( $p=0.965$ ) y el consumo de drogas ilícitas de las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la RMS.

En los estudios de (Meneses, 2007), (Meneses, 2010), (Castaño, 2012), y (Guagrilla, 2017) se concluyó que las mujeres entre los 25 y 34 años de edad ocupan el mayor porcentaje dentro del grupo de las mujeres que ejercen prostitución.

La nacionalidad ( $p=0.3925$ ) y el momento del inicio del consumo ( $p=0.194$ ) no se asociaron estadísticamente al consumo de drogas ilícitas en las asistentes a la Clínica de Higiene Social de la RMS. No obstante en el estudio de (Meneses, 2010) el 73.8 % de las sexoservidoras que consumían drogas eran extranjeras y habían iniciado su consumo posterior al entrar al trabajo de la prostitución.

En (Guagrilla, 2017) se estableció que una mayor razón para el inicio del consumo de drogas era el inicio del trabajo sexual.

No se estableció asociación estadísticamente significativa entre el ingreso económico (obtener mejores ganancias) ( $p=0.253$ ) con el consumo de drogas ilícitas.

de las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la RMS. En el estudio de (Meneses, 2010) se obtuvo como resultado que el consumo de drogas ilícitas suponía mejores ingresos económicos. Y en el estudio de (Rodríguez, et al 2003) se concluyó que el consumo de drogas ilícitas también redituaba mejores ganancias.



## CAPÍTULO VII

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## 7.1 CONCLUSIONES

- Se determinó que entre las drogas legales e ilegales, el alcohol (droga legal) se consume en mayor porcentaje 97% seguida de la marihuana 75% y la cocaína 55% que son drogas ilegales o ilícitas. El tabaco (cigarrillo) es consumido por el 30% de las participantes en el estudio.
- Se estableció que el consumo de droga ilegal mayormente reportado fue el de marihuana, seguida por la cocaína, éxtasis, heroína y LSD en menores porcentajes.
- Se determinó asociación estadísticamente significativa entre tiempo de trabajo (jornadas de trabajo más largas) y el consumo de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud ( $p=0.000008$ ).
- Se estableció relación estadísticamente significativa entre el mecanismo de defensa (olvidarse de los problemas) y el consumo de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud ( $p=0.0000063$ ).
- Se determinó una relación estadísticamente significativa entre el desarrollo del trabajo (facilita la realización del trabajo) y el consumo de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud ( $p=0.0000065$ ).
- No se estableció asociación estadísticamente significativa entre la edad y el consumo de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud.

- No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el lugar de procedencia y el consumo de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud.
- No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el inicio del consumo y el uso de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene social de la Región Metropolitana de Salud.
- No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la remuneración económica y el consumo de drogas ilícitas en las mujeres que asisten a la Clínica de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud.

## 7.2 RECOMENDACIONES

Las personas en situación de prostitución no tienen suficiente información sobre las drogas, ni de las consecuencias que tienen sobre ellas o de la interacción entre ellas por policonsumo, es por ello, que es necesario establecer un programa que las informe, capacite y oriente acerca de los riesgos y consecuencias que les puede acarrear el consumo de drogas.

Una Clínica de Higiene Social en donde las mujeres no sean solo atendidas por un médico general o un ginecólogo, sino que se les provea de una atención integral con un equipo multidisciplinario, donde el servicio de salud mental juegue un papel preponderante facilitándoles estrategias para un manejo sano de los problemas emocionales, mismos que las pueden conducir a consumir sustancias ilícitas para olvidarlos.

Establecimiento de otras medidas de soporte físico y mental que ayude a las asistentes a la Clínica de Higiene Social que tienen jornadas de trabajo prolongadas, extenuantes y en horarios poco convencionales, a soportarlos tanto física como psicológicamente para evitar el desgaste mental y físico que son situaciones predisponentes al consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre Pérez, I. (2014). Reflexiones analíticas en torno al concepto de trabajo sexual. *Debate Feminista*, 336-339.
2. Alfonso, J., Ambrosio, E., Caracuel, A., Casares, M., Chicharro, J., Delgado, L., . . . Fernández, M. et al. (2011). Neurociencia y adicción. *Sociedad Española de Toxicomanías*.
3. ALTER, g. d. (2008). Prostitución y exclusión social.
4. Amaya, a., Canaval, G., & Viáfara, E. (2005). Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud. *Colombia Médica*, 65-74.
5. Aragón, J., Cruces, A., Martínez, A., & Rocha, F. (2012). *El tiempo de trabajo y la jornada laboral en España*. Madrid, España: Comisiones Obreras.
6. ATENEA, F. (2016). *Hombres, mujeres y drogodependencias*.
7. Belza, J., Clavo, P., Ballesteros, J., Menéndez, B., Castilla, J., Sanz, s., . . . Del Romero, J. (2004). Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejecen la prostitución en Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 177-183.
8. Benavides, F., Ruiz, N., Delclós, J., & Domingo, A. (2013). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. *Gaceta Sanitaria*, 248-253.
9. Blanca, F. C., & ATENEA, F. (2016). *Guía metodológica sobre prevención, reducción de daños, detección, derivación y acompañamiento de situaciones de consumos problemáticos en contextos de prostitución*. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
10. Bohórquez Farfán, L. (2014). Perfil de la prostitución femenina en la ciudad de Bucaramanga. *Reflexión Política*, 86-96.
11. Cabrerizo Egea, M. d. (2015). Situación socio-sanitaria de mujeres que ejercen la prostitución en Almería.
12. Carrington, C., & Betts, C. (2000). Nuevos enfoques para un viejo problema. Trabajo comercial del sexo y sus diferentes escenarios.
13. Castaño Ruiz, V. (2012). Pautas y modelos de consumo abusivo de drogas en mujeres que ejercen la prostitución.
14. Ceballos, G., Arévalo, C., Hernández, G., & Suárez, Y. (2013). Autoestima, depresión, consumo de alcohol y cigarrillo en mujeres que ejercen la

- prostitución en las ciudades de Santa Marta y Riohacha (Colombia). *Encuentros*, 41-53.
15. Chávez Narano, M. J. (2011). La salud y los derechos humanos de las mujeres trabajadoras sexuales. *Revista de Derechos Humanos. Ecuador*, 47-59.
  16. Códoba, R., & Sáenz, C. (2008). Tabaquismo, alcoholismo y otras drogodependencias. *Atención Primaria*, 873-917.
  17. Cogollo-Milanés, Z., Arrieta, K., Blanco, S., Ramos, L., Zapata, K., Rodríguez, & Yuranis. (2011). Factores picosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Revista de Salud Pública*, 470-479.
  18. CONAPRED. (2013). Estudio piloto sobre consumo de drogas en la población universitaria de Panamá, año 2013.
  19. CONAPRED, O. (2016). Segunda encuesta nacional de hogares sobre consumo de drogas, Panamá 2016.
  20. Corbella, e. (2011). Drogadependencia: Una auténtica epidemia. *Sapiens*, 51-57.
  21. Correa de Penha, J., Batista, C., Rodríguez, É., & Oliveira. (2015). Risk factors for sexually transmitted diseases among sex workers i the interior of Piaui, Brazil.
  22. Delgado Suárez, J. (2011). La racionalización: un mecanismo de defensa a la orden del día.
  23. Díez Guriérrez, E. (2012). El papel de los hombres en la prostitución. *Nuestra Bandera*, 39-54.
  24. Domínguez, M. d., & López, E. (2014). Women in the world and in daily life: realities, approaches, perspectives. *Procedia\_ Social and Behavioral Sciences*, 34-40.
  25. Draughon, J., Carrico, A. E., Stein, E., & Couture, M. (2016). The impact of viloence on sex risk and drug use behaviors among womwn engaged in sex work in Phnom Penh, Cambodia. *Drug and Alcohol Dependence*, 171-177.
  26. drogas, D. d. (2004). *Guía de drogas*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
  27. Drogas, I. C. (s.f.). *Drogas preguntas más frecuentes*. Obtenido de [www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/upp](http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/upp)

28. EFE. (2017). *Consumo de Drogas causa medio millón de muertos anuales, según OMS*.
29. Farreras Valenti, P., Rozman, P., & gual, A. (2012). Consumo de sustancias adictivas. En Farreras-Rozman, *Medicina Interna* (págs. 1475-1479). España.
30. Fernández Ollero, M. (2011). *Calidad de vida y salud de las mujeres que ejercen la prostitución*. Oviedo, España: Universidad de Oviedo.
31. Fernández, M. (2012). El costo socioeconómico del consumo de drogas en Chile. *Revista Cepal*, 93-114.
32. Fernández, M. d. (2004). Prostitución, inmigración y salud: perfil de las mujeres que ejercen la prostitución en Aviles (Asturias). *Prostitución: comercio de presonas sin fronteras*. España.
33. Galante, A., Pawlowicz, M., Moreno, D., Rossi, D., & Touzé, G. (2010). Uso de drogas: ¿acto responsable? El discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas en Buenos Aires. *Norte de salud Mental*, 24-34.
34. García, A., Alonso, L., & López, P. C. (2013). Definición de consumo de medicamentos y su patrón. *Horizonte Sanitario*, 79-83.
35. García, V., Fernández, A., Arias, L., & Alberto, L. (2015). Consumo de tabaco y alcohol según la jornada laboral en España. *Gaceta Sanitaria*, 364-369.
36. Gilchrist, G., Singleton, N., Donmall, M., & Jones, A. (2015). Prevalence and factors associated with sex trading in the year prior to entering treatment for drug misuse in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 116-122.
37. Giménez Barbat, M. T. (2002). Prostitución femenina. *Claves de Razón Práctica*, 12-16.
38. Gómez, R. (2007). Introducción al campo de la drogadicción.
39. Gonzáles, B. (2010). *Policonsumo de sustancias psicoactivas*. Obtenido de Documentos de trabajo: [www.universodelasdrogas.org](http://www.universodelasdrogas.org)
40. Guagrilla, J. (2017). *Consumo de drogas en trabajadoras sexuales del Cantón Ibarra 2017*. Ecuador.
41. Guimón, & José. (2004). Aspectos psicopatológicos de la desinhibición. *Revista de la Asociación Española de Neurosiquiatría*, 23.36.

42. Hail, K., Sugy, C., Duo, L., Luo, Z., & Huang, J. (2016). Occupational and demographic factors associated with drug use among female sex workers at the China-Myanmar border. *Drug and Alcohol Dependence*, 42-49.
43. Hayashi, K., Daly, B., Dong, H., Wood, E., Kerr, T., & Debeck, K. (2016). The relationship between violence and engagement in drug dealing and sex work among street-involved. *Canadian Journal of Public Health*, 88-93.
44. Hiller, S., Syvertsen, J., Lozada, R., & Ojeda, V. (2013). Social support and recovery among Mexican female sex workers who inject drugs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44-54.
45. Horcajadas, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente, J., López, A., . . . José. (2010). *Manual de psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona, España.
46. Iglesias, C. (2017). *El Consumo de Drogas en Personas en Situación de Prostitución*.
47. Jimenez, R., & R. O. (2012). Género y Usos de Drogas: Dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad. *Oñati Socio-Legal series*, 77-96.
48. Juan José Llopis, A. C. (2005). *Uso de Drogas y violencia de Género en Mujeres Adictas en Europa. Claves para su Comprensión e Intervención*.
49. Leiva, V. (2009). *Análisis de los factores asociados al fenómeno de las drogas en estudiantes de segundo y cuarto año de la carrera de licenciatura en enfermería*.
50. Lewis, B., Hoffman, L., & Jo, S. (2014). Sex differences in drug use among polysubstance users. *Drug and Alcohol Dependence*, 127-133.
51. Martín, C., & Lorena, S. (2006). El cerebro y el consumo de drogas. *Cinvestav*, 36-45.
52. Matusiewicz, Alexis, Ilgen, Mark, Bonar, E., Price, A., & Bohnert, A. (2016). The relationship between non-medical use of prescription opioids and sex work among adults in residential use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24-28.
53. Meneses Falcon, C. (2010). *Uso y abusos de drogas en contexto de prostitución. Revista Española de Drogodependencias*.
54. Meneses, C. (2007). Consecuencias del uso de cocaína en las personas que ejercen la prostitución. *Gaceta Sanitaria*, 191-196.



55. Meneses, C. (2007). Riesgo, vulnerabilidad y prostitución. 11-35.
56. Meneses, C., & Guindeo, L. (2015). ¿Cómo afecta la crisis económica al contexto de la prostitución de calle? *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 155-170.
57. Molina Mansilla, M. d. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: concepto de clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International e-journal of Criminal Sciences*, 2-30.
58. Moró, Levente, Simon, K., Sárosi, & Péter. (2013). Drug use among sex workers in Hungary. *Social Science and Medicine*, 64-69.
59. Moure, L., Doallo, S., Salvadores, P., Corral, M., Cadaveira, F., & Camaño, F. (2016). Consumo intensivo de alcohol y cannabis y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *Gaceta Sanitaria*, 438-443.
60. Musto, C., & Trajtenberg, N. (2011). Prostitución y trabajo sexual: el estado de arte de la investigación en Uruguay. *Revista de Ciencias Sociales*, 139-156.
61. Musto, C., & Trajtenberg, N. (s.f.). Prostitución y trabajo sexual en Uruguay.
62. Nieto, R. (2007). APRAMP: Una alternativa real al ejercicio de la prostitución. *Documentación Social*, 135-145.
63. OEA. (2013). *Drogas y salud pública/ El problema de las drogas en las Américas*.
64. OEA-CICAD. (2015). *Informe de drogas en las Américas*. Washington, D.C.: Observatorio Interamericano de Drogas (OID).
65. OMS. (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.
66. OMS. (2008). *Glosario de Términos de alcohol y drogas*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones.
67. OMS. (2016). *La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas. Informe de la Secretaría*.
68. OPS. (2009). *epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
69. Ortiz, P., & Clavero, E. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis de discurso. *Acta Sociológica*, 121-144.

70. Overs, C., & LOngo, P. (2002). Haciendo el trabajo sexual seguro.
71. Palop Botella, M. (2000). Mujer y drogas. *Papeles del Psicólogo*, 53-55.
72. PANAMÁ, C. (2010). Situación de los derechos humanos de las mujeres en Panamá.
73. Panamá, M. (1992). Salud de Adulto, Clínica de Higiene Social.
74. Panamá, M. (2018). *Normas Técnico Administrativas de los Programas de Salud de Adulto y Adulto Mayor*. Panamá.
75. Patton, R., Snyder, A., & Glassman, M. (2013). Rethinking substance abuse tratment with sex workers: How does the capability approach informpractice? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 196-205.
76. Pedrero-Pérez, E., Ruiz, J., Rojo, G., LLanero, M., & Puerta, C. (2012). Caracterización neuropsicológica de la impulsividad funciona y disfuncional en adictos a sustancias: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 51-57.
77. Pinedo, R., & Martín, J. (2004). Salud y calidad de vida en las mujeres que ejercen prsotitución: estudio calitativo. *Prostitución; comercio de personas sin fronteras*.
78. Pons, X. (2010). Modelos interpretativosdel consumo de drogas. *Investigación y análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 157-186.
79. Ramírez Rodríguez, Z. (2015). La prostitución en Latinoamérica y el Caribe. *Utopía y Praxis*, 121-126.
80. Rash, C., Burki, M., Montezuma, J., & Petry, N. (2016). A retrospective and prospective analysis or trading sex for drugs or money in women substance abuse treatment patients. *Drug and Alcohol -Dependence*, 182-189.
81. Reyes, S. (2014). Trabajo sexual, una aproximación. *Debate Feminista*, 333-335.
82. Rioja, G. d. (20014). Qué son las drogas.
83. Rivera Restrepo, J. (2017). algunos apuntes jurídicos sobre la prostitución en Chile. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 361-392.
84. Rodríguez, E. M., Gutierrez, R., & Vega, L. (2003). Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: la zona de la Mered. 73-81.
85. Rodríguez, J., Hernández, E., & Fernández, A. (2007). Descripción del consumo de drogas lícitas e ilícitas por género a través de la metodología de pares. *Revista Médica de Chile*, 449-456.

86. Romero, Martha, Rodríguez, E., Durand, A., & Auilera, R. (2004). Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. *Salud Mental*, 1-13.
87. Rubio Arribas, F. (2012). Consumo y prácticas sociales ocultas: La prostitución. *Nómadas*.
88. Sánchez Pardo, L. (2014). *Género y drogas*. Alicante, España: Diputación de Alicante.
89. Sánchez Pardo, L., & Navarro, J. (2004). Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura.
90. Sanidad, M. d. (2017). *Informe de la evaluación final de la estrategia nacional sobre drogas 2009.2016*. España: Secretaría de Estado.
91. Solana, J. L. (2007). Movimientos migratorios, trabajadoras inmigrantes y empleo en la prostitución. *Documentación Social*, 37-58.
92. Ulloa, T. (2011). La prostitución; una de las expresiones más acaicas y violentas del patriarcado contra las mujeres. *Pensamiento Iberoamericano*, 293-312.
93. UNODOC. (2016). Informe Mundial sobre las drogas. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 1689-1699.
94. UNODOC. (2017). *Informe Mundial sobre las drogas 2017*. Naciones Unidas.
95. Urbez, L. (s.f.). Prostitución femenina en España. Una marginación permanente.
96. Valdivia, L., Casique, Leticia, & Muñoz, T. (2015). Consumo de drogas psicotrópicas y capacidades de autocuidado en mujeres de Tepic, Nayarit. *Enfermería Global*, 65-75.
97. Wadley, G. (2016). How psychoactive drugs shape human culture: a multi - disciplinary perspective. *Brain Research Bulletin*, 138-151.
98. WOLA, IDPC, Dejusticia, CIM, & OEA. (2016). *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento. Una guía para la reforma de políticas en América Latina*.
99. Zaragoza, A. d. (2012). *Guía de información sobre drogas*.
100. Zavala, G., Reyes, S., Zambrano, C. M., Martínez, B., & Ordoñez, M. (2009). Perfiles de las mujeres trabajadoras del sexo en la ciudad de la Ceiba, Atlántida. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras*.

## ANEXOS

## TABLAS TETRACÓRICAS

Edad		Consumo de Drogas	
		(+)	(-)
De 18 a 34 años	(+)		
De 35 a 54 años	(-)		

Lugar de Procedencia		Consumo de Drogas	
		(+)	(-)
Extranjera	(+)		
Nacional	(-)		

Tiempo de trabajo		Consumo de Drogas	
		(+)	(-)
Jornadas más largas	(+)		
Jornadas promedio	(-)		

Mecanismo de Defensa		Consumo de Drogas	
		(+)	(-)
Ayuda a olvidarse de los problemas	(+)		
No ayuda a olvidarse de los problemas	(-)		

Desarrollo del Trabajo		Consumo de Drogas	
		(+)	(-)
Facilita	(+)		
No facilita	(-)		

Inicio de consumo		Consumo de Drogas	
		(+)	(-)
Después del inicio de la prostitución	(+)		
Antes del inicio de la prostitución	(-)		

Mejores ganancias		Consumo de Drogas	
		(+)	(-)
Sí	(+)		
No	(-)		

Universidad De Panamá

Maestría en Salud Pública

Encuesta para Investigación

Factores Asociados al Consumo de Drogas en las Asistentes a las Clínicas de  
Higiene Social, Región Metropolitana de Salud, Año 2018

Esta encuesta forma parte del trabajo de graduación para obtener el título de Maestría en Salud Pública. Es completamente anónima y voluntaria. Los resultados serán utilizados exclusivamente con fines docentes y sin desmejoramiento para quienes participen.

Centro de Salud: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

2. Nacionalidad \_\_\_\_\_

3. ¿Consume o ha consumido drogas ilegales?      Sí ☐      No ☐

4. A continuación se exponen una serie de drogas, indíquenos si la ha consumido alguna vez en la vida, en el último mes Si hay alguna otra droga que use y no esté recogida en el cuadro siguiente, detállenosla en la casilla destinadas a otras. Encircule su respuesta en cada columna.

Droga	Alguna vez en la vida		Último mes	
Cocaína	SI	NO	SI	NO
Marihuana	SI	NO	SI	NO
Heroína	SI	NO	SI	NO
Otras:	SI	NO	SI	NO
	SI	NO	SI	NO
	SI	NO	SI	NO
	SI	NO	SI	NO

5. Consume varias drogas a la vez?

Sí ☐ No ☐

6.Cuál fue su droga de inicio? \_\_\_\_\_

7.¿Cuándo inició el consumo de drogas?

- Antes de ejercer su actual trabajo ☐
- Ejerciendo su actual trabajo ☐

8.¿Considera usted que al consumir drogas soporta jornadas de trabajo más largas?

Sí ☐ No ☐

9.¿Considera usted que las drogas le ayudan a olvidarse de tus problemas?

Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa, favor valorar los enunciados en el recuadro de la pregunta 9. Si es negativa pasar a la pregunta 10.



10. Valore del 1 al 9 el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas afirmaciones, tachando con una cruz un número en las columnas de la derecha

Enunciados										
1	La gente dice que soy como un avestruz, con la cabeza enterrada en la arena. En otras palabras, que atiendo a los hechos desagradables, como si no existieran.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	No tengo miedo a nada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	Mi filosofía es: no oír lo malo, no hacer el mal y no ver el mal.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	Me pondría muy nervioso si en un avión en el que estoy volando se estropease un motor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

11- ¿ Considera usted que el consumir drogas en el momento en que trabaja te ayuda a obtener mejores ganancias?

Sí ☐

No ☐

12-. ¿Considera usted que el consumir drogas le facilita llevar a cabo su trabajo?

Sí ☐

No ☐

Gracias por participar en nuestra encuesta. Su cooperación ha sido muy valiosa para nuestro estudio.

<b>Presupuesto</b>			
	<b>Costo por unidad</b>	<b>Total de unidades</b>	<b>Total de Inversión</b>
<b>Equipos</b>			
Internet	\$ 23.00	12 meses	\$ 276.00
Impresora	\$ 200.00	1	\$ 200.00
<b>Honorarios</b>			
Investigador	\$2226.00	6 meses	\$13,356.00
Estadístico	\$300.00	1	\$300.00
<b>Materiales</b>			
Hojas de encuesta	\$1.50	700	\$1,050.00
Hojas de impresión (bloque de papel bond)	\$ 6.00	6	\$36.00
Tintas de Impresión	\$71.68	3	\$215.04
plumas , lápices	\$0.30	20	\$ 6.00
Encuadernación y empastado	\$100.00	3	\$300.00
<b>Transporte</b>			
Gasolina (por litro)	\$ 0.77	100	\$77.00
Viático de alimentación (almuerzo)	\$7.50	30	\$225.00
<b>Total</b>			<b>\$16,141.00</b>

Cronograma de Actividades																		
	Meses																	
	ago-17	sep-17	oct-17	nov-17	dic-17	ene-18	feb-18	mar-18	abr-18	may-18	jun-18	jul-18	ago-18	sep-18	oct-18	nov-18	dic-18	ene-19
Revisión de Bibliografía y elaboración de Protocolo	X	X																
Revisión y presentación de protocolo			X															
Presentación de Protocolo ante Vicerrectoría					X													
Protocolo en Comité de Ética										X	X							
Validación de la encuesta											X							
Aplicación de encuestas												X	X	X				
Procesamiento de la información														X	X			
Análisis e interpretación de datos															X	X		
Formulación de conclusiones y sugerencias																	X	
Redacción de informe final																	X	
Sustentación de informe final																		X

## **Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la dra. Tania J. Blanco L., de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Panamá. La meta de este estudio es identificar los factores asociados al consumo de drogas en las mujeres que asisten a las Clínicas de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud..

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la dra. Tania J. Blanco L. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es La meta de este estudio es identificar los factores asociados al consumo de drogas en las mujeres que asisten a las Clínicas de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud..

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De

tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la dra. Tania J. Blanco L. al teléfono 512-9683.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la dra. Tania J. Blanco L. al teléfono anteriormente mencionado.

-----  
Nombre del Participante  
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

-----  
Nombre del Investigador

Firma del Investigador

Fecha



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
FACULTAD DE MEDICINA  
Escuela de Salud Pública

Panamá, 23 de febrero 2018  
Nota-ESP-2018-032

**A QUIEN CONCIERNA:**

El suscrito Director de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá

**CERTIFICA:**

Que la estudiante **Tania Blanco** con cédula de identidad personal N° 8-396-112 presentó satisfactoriamente su protocolo de tesis Factores asociados al consumo de drogas en las asistentes a las clínicas de higiene social, Región Metropolitana, Año 2018 ; ante la Comisión Académica de la Maestría en Salud Pública.

Que el protocolo de tesis de la estudiante Blanco fue debidamente revisado y aprobado.

Dado en la ciudad Universitaria "Octavio Méndez Pereira" a los veintitrés días del mes de febrero del año 2018.

Atentamente,

Dr. Carlos Brandariz  
Director  
Escuela de Salud Pública



2018 "AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA DE CORDOBA"  
Ciudad Universitaria Octavio Méndez Pereira  
Edifício Universitario, Panamá, Rep. de Panamá. Tel: 523-4936 / 4937



Panamá, 6 de marzo, 2018.

Doctor  
Aurelio Rangel  
Director Regional  
Región Metropolitana de Salud

*[Handwritten signature]*  
Dr. Aurelio Rangel Ponce  
Director Regional de Salud  
Región Metropolitana de Salud

Doctor Rangel:

Por medio de la presente hago de su conocimiento que he terminado las materias que cursaba en la Maestría de Salud Pública. Como requisito para culminar el curso debo realizar una investigación que sirva de base para el trabajo de tesis.

El trabajo de investigación que deseo realizar tiene como ámbito la Región Metropolitana de Salud, específicamente las Clínicas de Higiene Social de los Centros de Salud con más demanda de atención en estas clínicas (San Felipe, Santa Ana, El Chorrillo, Calidonia, Pueblo Nuevo, Boca la Caja y Río Abajo). Es por esta razón que pido su consentimiento para realizar encuestas a las asistentes a dichas clínicas.

Estas encuestas serán anónimas y no comprometerán el nombre de la encuestada, ni de la instalación de salud.

Por esta causa pido su consentimiento para realizar la investigación titulada "Factores Asociados al Consumo de Drogas Ilícitas en las Asistentes a las Clínicas de Higiene Social, Región Metropolitana de Salud, Año 2018".

Al finalizar el estudio se presentará el informe de los resultados para que puedan ser utilizados como lo disponga usted, como autoridad máxima de la Región Metropolitana de Salud.

Sin otro particular,

*[Handwritten signature]*

Dra. Tania J. Blanco L.  
Investigadora



Tania Blanco &lt;tablanco2@gmail.com&gt;

**Solicitud de registro para protocolo de Investigación**

Regulativa MinSA <regula.investigacion@gmail.com>  
Para: Tania Blanco <tablanco2@gmail.com>

9 de marzo de 2018, 09:47

Buenos días Doctora Tania Blanco,

Hemos recibido su solicitud referente al protocolo de investigación **"Factores Asociados Al Consumo De Drogas En Las Asistentes A Las Clínicas De Higiene Social, Región Metropolitana, Año 2018"**. Agradecemos la información, la cual se incluye en el registro de protocolos de investigación para la salud.

La circular 003 de septiembre de 2015 emitida por DIGESA y su réplica por el Comité Nacional de Bioética de la Investigación (CNEI) de marzo 2016, indican que los estudios clínicos deberán ser avalados por la autoridad sanitaria previamente a ser sometidos a un Comité Bioético Institucional (CBI) acreditado. Hasta el momento, se ha implementado el aval mediante el registro de toda investigación para salud y la evaluación de algunos estudios clínicos, los que de acuerdo a los criterios señalados en ambas circulares, y modificados según acuerdos plasmados en el flujograma de protocolos de investigación (ensayos clínicos y potenciales), deben ser evaluados en la DIGESA. Puede descargar los documentos mencionados y otros relacionados a través del enlace: <http://www.minsa.gob.pe/informacion-salud/regulacion-de-investigacion-para-la-salud>

De acuerdo al protocolo adjunto y a los criterios contenidos en los lineamientos mencionados en el primer párrafo, el estudio por el que nos consulta, **no requiere evaluación para el trámite de autorización sanitaria para otorgar el aval**.

Le agradecemos continuar informándonos de los avances de esta investigación, tanto en lo relacionado a la obtención de la aprobación bioética, la fecha real de inicio, una vez confirmada, y en especial, notificándonos oportunamente, previo a su difusión por cualquier medio, sobre aquello que pueda apoyar la toma de decisiones en favor de la salud de la población a medida que vayan obteniendo resultados parciales, así como los finales, que puedan ser de impacto en este sentido.

De acuerdo a lo establecido en la Ley 63 de 2012, que "los trámites en línea tendrán la misma validez que los realizados de forma presencial" y con miras a la mayor agilización de este paso regulatorio adicional, fue acordado entre MINSA y CNEI que **puede imprimir este e-mail como constancia de nuestro aval para el proceso de revisión ética al que someterá esta investigación**.

Cordialmente,

Coordinación en Regulación de Investigación para Salud  
Dirección General de Salud Pública  
Ministerio de Salud  
República de Perú  
Tel.: 011 9474







UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
COMITÉ DE BIOÉTICA (CBUP)

Panamá, 31 de julio 2018  
Nota CBUP/101/2018

Investigadora  
**Tania Blanco**  
Escuela de Salud Pública  
Facultad de Medicina  
Universidad de Panamá

Estimada Investigadora:

El Comité de Bioética de la Universidad de Panamá (CBUP), en su reunión ordinaria del 19 de julio 2018, revisó sus respuestas a las interrogantes y considero que cumplen con lo solicitado, con lo cual aprobó por unanimidad su protocolo de investigación « FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS EN LAS ASISTENTES A LAS CLÍNICAS DE HIGIENE SOCIAL, REGIÓN METROPOLITANA, AÑO 2018 ».

El CBUP le recuerda que debe enviar un resumen de los resultados finales de su intervención.

Atentamente,

Dra. Claude Verges  
Presidenta

c. Dr. Jansel Villalaz  
Director de Investigación

Panamá 24 de julio, 2018.

Doctor  
Max Pinzón  
Director Médico  
Centro de Salud Guillermo Lewis  
El Chorrillo

Respetado Doctor Pinzón:

Hago de su conocimiento que en el período comprendido entre los meses de agosto de 2016 a febrero de 2018 cursé materias de maestría para obtener el título de Master en Salud Pública y es requisito para graduarme realizar una investigación que sea la base para el trabajo de tesis. Dicha investigación será llevada a cabo en las clínicas de Higiene Social de la Región Metropolitana de Salud con el aval previo del doctor Aurelio Rangel, director regional.

Por esta razón pido su consentimiento para realizar encuestas a las asistentes a la Clínica de Higiene Social del centro que usted dirige; y así recolectar los datos para la investigación que lleva como título: *"Factores Asociados al Consumo de Drogas Ilícitas en las Asistentes a las Clínicas de Higiene Social, Región Metropolitana de Salud, Año 2018"*.

Estas encuestas serán anónimas y no comprometerán el nombre de la encuestada, ni de la instalación de salud.

Sin otro particular,



Dra. Tania J. Blanco L.  
Investigadora



